

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI 10 FÉVRIER 1892, A 1 HEURE

Par **GABRIEL BLOCH**

NÉ A COLMAR (ALSACE), LE 20 JUILLET 1864

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA MATERNITÉ DE BEAUVON

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE

ET

SPONTANÉE DES MEMBRANES

A PARTIR DU SIXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

Considérée surtout au point de vue de la conduite à tenir

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur; RIBEMONT-DESSAIGNES
et FAUCONNIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE MERCREDI 10 FÉVRIER 1892, A 1 HEURE

Par **GABRIEL BLOCH**

NÉ A COLMAR (ALSACE), LE 20 JUILLET 1864

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA MATERNITÉ DE BEAUJON

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE

ET

SPONTANÉE DES MEMBRANES

A PARTIR DU SIXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

Considérée surtout au point de vue de la conduite à tenir

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. GAUTIER, professeur; RIBEMONT-DESSAIGNES
et FAUCONNIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs.....

Anatomie.....	MM.
Physiologie.....	FARABEUF
Physique médicale.....	Ch. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.....	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAILLON.
Pathologie médicale.....	BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....	{ DIEULAFOY.
Anatomie pathologique.....	{ DEBOVE.
Histologie.....	LANNELONGUE
Opérations et appareils.....	CORNIL.
Pharmacologie.....	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.....	TILLAX.
Hygiène.....	N...
Médecine légale.....	HAYEM.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	PROUST.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BROUARDEL.
	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	BALL.
	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	travaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTNER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE & SPONTANÉE DES MEMBRANES

A PARTIR DU SIXIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

Considérée surtout au point de vue de la conduite à tenir

INTRODUCTION

Normalement, les membranes de l'œuf humain ne se rompent que pendant le travail de l'accouchement et le moment de cette rupture coïncide avec la complète dilatation de l'orifice externe de l'utérus. Mais il arrive trop souvent que soit pendant la grossesse, soit pendant le travail avant l'instant physiologique, cet éclatement des membranes se produise en dehors de toute manœuvre obstétricale ou de traumatisme. C'est ce qu'on a appelé la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf.

La fréquence de cet accident est assez grande. M. le docteur Roulin compte que la rupture prématurée et spontanée des membranes survient 5 fois sur 100 cas. M. le professeur Pinard, dans un travail publié en 1886 dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, nous indique que sur 1.394 cas, il a vu 147 ruptures précoces, ce qui donne une proportion de 9 0/0 environ.

M. le docteur Kemper, d'Indiana, a publié en 1885, une statistique d'où il résulte que la rupture prématurée et spontanée existe une fois sur quatorze cas.

Le but de notre travail est de refaire rapidement l'histoire de la rupture prématurée et spontanée des membranes et de

montrer surtout le rôle du médecin dans les diverses complications qui peuvent résulter d'un pareil état de choses.

L'effet ordinaire de la rupture prématurée et spontanée des membranes étant de provoquer l'accouchement, nous avons pensé que cette histoire serait plus intéressante si elle datait du moment où l'enfant naît viable. Aujourd'hui, en effet, dès le sixième mois, bien que venu au monde dans des conditions précaires, l'enfant peut vivre grâce à l'emploi de la couveuse, grâce aux procédés de gavage qui permettent de le nourrir quand il est encore incapable de têter, grâce enfin, aux injections de sérum de sang de chien pratiquées tout récemment par M. le professeur Pinard.

La rupture prématurée et spontanée des membranes peut avoir lieu à deux moments très différents, comme nous l'avons indiqué dès les premières lignes de notre thèse. Elle peut se faire pendant la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement.

Ces deux grandes divisions seront inscrites en tête de notre étude et nous serviront à classer les différents phénomènes que nous décrirons, ou les diverses observations que nous aurons notées. Nous n'insisterons pas longuement sur l'anatomie pathologique, sur l'étiologie, sur le diagnostic et le pronostic de la rupture prématurée et spontanée des membranes.

Mais nous nous étendrons longuement sur les questions de conduite à tenir, conduite essentiellement variable suivant que la rupture prématurée et spontanée des membranes s'est présentée dans le cours de la grossesse ou dans le cours du travail. Nous n'oublierons pas qu'elle doit encore être différente suivant que l'enfant est vivant ou est mort.

Notre thèse comprendra donc trois parties.

I. — Histoire de la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf.

II. — Conduite à tenir quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant la grossesse.

III. — Conduite à tenir quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant le travail.

Avant de commencer, qu'il nous soit permis de remercier notre cher maître, M. Ribemont-Dessaignes, qui a bien voulu nous conseiller ces quelques recherches, pour la bienveillance et l'amitié qu'il nous a témoignées pendant notre externat dans son service à l'hôpital Beaujon.

Je n'ai pas davantage oublié l'excellente année que je passai à l'hôpital Trousseau, sous la direction de M. Cadet de Gassicourt. C'est M. Cadet de Gassicourt qui m'a appris à aimer les enfants et à les connaître. Je le remercie des excellentes leçons qu'il nous a toujours prodiguées et de la constante amabilité dont il fit preuve envers nous.

M. Fernet à l'hôpital Beaujon et M. Huchard à l'hôpital Bichat, m'ont enseigné l'art difficile de la médecine, je puis les assurer de toute ma reconnaissance.

M. Perier à l'hôpital Lariboisière nous a initiés à la pratique de l'antisepsie et de la chirurgie ; nous tenons à lui en exprimer toute notre gratitude.

Que tous nos autres maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Folet, de Lille, M. le professeur Delorme, du Val-de-Grâce, qui fut si bienveillant pour nous pendant notre volontariat, M. Nélaton, M. Auvard, M. Hirtz, auprès de qui nous avons trouvé des conseils nombreux et utiles et une sympa-

thie très grande, nous permettent de les remercier de ce qu'ils ont toujours fait pour nous.

Que M. le professeur Pinard, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, agrée l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE

RUPTURE PRÉMATURÉE ET SPONTANÉE DES MEMBRANES DE L'ŒUF

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Si l'on examine les enveloppes de l'œuf après un accouchement précédé de rupture prématurée et spontanée des membranes, dans quelques cas, on peut s'assurer que celles-ci sont plus minces et plus fragiles (Garipuy). M. Omiecensky a même cru trouver sur quelques-unes d'entre elles des concrétions osseuses ou calcaires ; nous lui laissons, du reste, toute la responsabilité de son assertion.

MM. Tarnier et Chantreuil déclarent avoir souvent vu à quelque distance de l'orifice à travers lequel est sorti l'enfant, un petit trou par lequel aurait suinté le liquide amniotique et qui serait l'endroit où les membranes se sont rompues. M. Egan, dans une observation que nous citons plus loin, décrit la même lésion. Dans quelques cas ce n'est plus seulement un seul pertuis qu'on rencontre sur l'œuf, mais l'œuf est transformé en une espèce de crible et présente de multiples perforations. M. Ribemont-Dessaignes a bien voulu nous montrer un dessin fait d'après un œuf sur lequel il a constaté ces altérations.

M. Pouillet, de Lyon, dans quelques cas de rupture pré-

maturée et spontanée des membranes, s'est aperçu qu'il y avait implantation velamenteuse du cordon.

Mais, en général, il n'y a aucune lésion caractéristique de la rupture prématurée et spontanée des membranes. Très souvent les enveloppes de l'œuf sont intactes, elles sont épaisses et résistantes et M. Roulin qui en a examiné un grand nombre au microscope, déclare qu'il n'y a aucune différence microscopique entre un œuf qui a évolué normalement et un œuf où s'est produit la rupture prématurée et spontanée des membranes.

On peut bien, il est vrai, quelquefois supposer que si l'on ne rencontre plus rien, c'est que les ouvertures spontanées formées dans les enveloppes de l'œuf ont rejoint, au moment de l'accouchement, le trou qui a livré passage à l'enfant. C'est l'opinion de M. Tarnier, mais on ne peut l'appliquer à toutes les circonstances et on comprend bien maintenant que M. le professeur Pinard, n'ayant pas trouvé dans l'état des membranes une explication suffisante à la rupture prématurée et spontanée, ait édifié la théorie que nous allons exposer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

Causes de la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf

Ce ne sont ni les opinions, ni les recherches sur les causes de la rupture prématurée et spontanée des membranes qui ont manqué.

Les uns (Levret) ont admis comme cause efficiente de la rupture, la béance du col.

D'autres, Paul Dubois en tête, suivi de Joulin, Depaul, Marcar Kiatib, pensent que les contractions utérines indolores et inconscientes suffisent pour amener l'effraction des enveloppes de l'œuf à condition que les membranes soient minces.

D'autres encore (Hubert de Louvain, Depaul, Guéniot) font intervenir de nouveaux facteurs et, tout en ne rejetant pas le rôle des contractions utérines indolores, croient que les présentations du siège, du tronc, de la face, de l'épaule, l'hydropisie de l'amnios, la gémellité, contribuent à occasionner la rupture prématurée et spontanée des membranes. M. Guéniot, dans une clinique datant de 1876, incrimine aussi les rétrécissements du bassin, le séjour prolongé au lit dont la tiédeur éveillerait les contractions utérines.

En 1878, M. Poulet de Lyon publie, dans les *Annales de Gynécologie*, un article dans lequel il conclue que l'implantation vélamenteuse du cordon peut être considérée comme l'une des causes de la rupture prématurée et spontanée des membranes. L'enfant en remuant tire sur le cordon inséré

sur les bords du placenta, éloigne de l'utérus une portion des membranes, rompt les adhérences avec la matrice. « Il se produit, dit M. Poulet, un petit épanchement de sérosité et les membranes sont alors flottantes entre deux liquides. Si les tractions opérées sur elles augmentent de fréquence et d'intensité, le point tirailé peut se déchirer et on comprend même que sans nouvelles tractions, un coup de pied de l'enfant dans la partie flottante des membranes peut parfaitement opérer la déchirure ». M. Poulet explique même les pertes d'eau successives en disant que les parties flottantes de l'œuf forment soupape chaque fois que le liquide s'est écoulé jusqu'à nouveau tiraillement du cordon.

D'autres enfin (Garipuy), sans chercher si loin, se contentent d'expliquer les choses par la fragilité des membranes, sur lesquelles certains (Omiccensky) trouvent des concrétions osseuses et cartilagineuses.

La question en était à ce point, quand M. Roulin en 1878, dans sa thèse inaugurale, entreprit de nouvelles recherches sur les causes de la rupture prématurée et spontanée des membranes. Il commença par examiner histologiquement les enveloppes fœtales et ne trouva dans aucun cas rien d'anormal : il en déduisit « que la structure des membranes n'est donc pas la cause de leur rupture ». Il classa les diverses opinions et admit des raisons prédisposantes et efficientes à l'éclatement précoce de l'œuf. Parmi les premières il rangea l'idiosyncrasie en vertu de laquelle certaines femmes présentent toujours ce même accident, il mit en ligne de compte l'âge et montra que les femmes sont d'autant plus sujettes aux ruptures qu'elles sont plus vieilles. Il crut à l'influence de l'hydramnios, de la gémellité, des rétrécissements du bas-

sin, des présentations autres que celles du sommet. Et la cause efficiente fut pour lui, d'abord le traumatisme direct (coups, chutes, blessures) et surtout la contraction utérine, qui peut s'exagérer sous l'influence des excitations du col, du toucher, du coït, des efforts de défécation, de la marche, de la chaleur du lit ou de certains médicaments (seigle ergoté).

En 1879 parurent les recherches de M. Ribemont-Dessaignes sur la résistance et le mode de déchirure des membranes de l'œuf où l'auteur insiste sur l'inégale texture des membranes et démontre « que leur extensibilité varie non seulement d'un œuf à l'autre, mais diffère pour chacune des membranes ».

Dès lors les recherches paraissent s'orienter dans ce sens et M. Alezais de Montpellier, en 1882, incrimine l'extrême différence de résistance des membranes, tout en continuant à ne rejeter aucune des influences admises par ses prédécesseurs, mais en appuyant pourtant sur l'importance des rotations étendues et des transformations de position dans la production des ruptures prématurées et spontanées de l'œuf.

En mai 1886, M. le Professeur Pinard s'intéressa à son tour à la question et prenant comme point de départ de ses recherches une thèse inspirée à son élève, le Dr Lacaille, arriva à des conclusions nouvelles. Le Dr Lacaille disait en effet que « si le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, la femme perd de l'eau ou du sang et la rupture des membranes et l'accouchement se font prématurément. » Il ajoutait encore « que si le placenta est inséré au-dessous de 12 cm. de l'orifice utérin et empiète sur le segment inférieur

la rupture des membranes précédera la dilatation complète et souvent tout travail, et la grossesse sera entravée dans son évolution à dater du septième mois ». M. le Professeur Pinard mesura sur un grand nombre de placentas « les distances qui séparent les bords de l'ouverture par laquelle est sorti le fœtus des bords correspondants des placentas » et obtint ainsi approximativement les distances séparant les placentas des bords de l'orifice utérin. Il put ainsi affirmer « que le placenta s'insère très souvent sur le segment moyen et sur le segment inférieur de l'utérus et que la rupture prématurée et spontanée des membranes est causée le plus souvent par l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Puis il se demanda pourquoi se produisait dans ce cas la rupture et pourquoi elle ne se produisait pas toujours. Or il ne faut pas oublier que pendant la grossesse les membranes doivent conserver des rapports de continuité et de contiguité avec l'utérus. Le chorion et l'amnios dans les derniers mois ne peuvent suivre le segment inférieur de l'utérus qu'en raison de leur extensibilité. La paroi utérine, en effet, s'amincit et s'allonge considérablement. L'élasticité des membranes est donc soumise à des tractions qui les font s'étendre et s'amincir. Quand le placenta est inséré au fond de l'utérus, les tractions portent sur l'ensemble des membranes et les tiraillements sur le placenta sont peu accusés. Si l'utérus augmente encore de volume il y aura de plus fortes tractions encore sur le placenta et les membranes pourront quelquefois glisser les unes sur les autres. C'est pour cette raison que l'amnios décollé entoure dans quelques cas le cordon. Quant au chorion il est solidement relié au placenta et il ne glissera sur la caduque qu'à condition de tirer sur le placenta.

Or si le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, la partie de l'utérus qui répond au col ne prend pas part au développement total de l'organe. « Aussi l'ampliation se fait-elle aux dépens d'une partie du segment inférieur seulement et cette partie subit une distension considérable. » Les membranes suivent le mouvement, mais comme le chorion est fixé très solidement au niveau du placenta, il ne peut pas céder en ce point. Il y aura traction sur le placenta. Si le placenta est très fortement inséré, le chorion se rompt, puis l'amnios qui supporte seul à ce moment les pressions des liquides. Si le placenta n'est pas très bien inséré, il se décolle, une hémorrhagie se produit, mais les membranes restent intactes.

Laissons, du reste, la parole à M. le Professeur Pinard. « La rupture se fait par l'expansion considérable de la portion du segment inférieur de l'utérus laissé libre par l'insertion placentaire, par la distension anormale du chorion, le défaut d'élasticité de celui-ci à ce niveau par suite de la résistance du placenta ; d'où rupture du chorion et consécutivement de l'amnios ». Ces ruptures sont bien plus facilitées par le fort engagement de la tête dans les derniers mois de la grossesse, par les présentations du siège, de l'épaule et du tronc.

En 1889, M. Porack, dans une communication faite à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, insistait sur la brièveté du cordon comme cause de la rupture prématurée et spontanée des membranes, brièveté réelle ou brièveté causée par des circulaires autour du cou et des membres, et expliquait le fait par les tiraillements exercés sur les enveloppes propres du fœtus. Nous devons signaler que déjà

M. Poulet, de Lyon, en 1878, attirait l'attention sur ces tiraillements du cordon et en faisait la base de sa théorie sur la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf.

Enfin, M. Eisenhart, dans un mémoire publié par les *Archives fur gynecologie* en 1889, admet l'influence de l'âge sur les ruptures prématurées et spontanées, il croit que cet accident est d'autant plus fréquent que la primipare est plus vieille et d'autant plus commun que la multipare a dépassé 30 ans. Il dit que « les écoulements purulents venus des parties génitales favorisent l'éclatement précoce de la poche des eaux en macérant les membranes ». Il pense que les maladies chroniques, telles que la chlorose, l'anémie, la tuberculose y prédisposent en modifiant les produits des sécrétions génitales. Il est d'avis que l'éclampsie, les présentations vicieuses, les rétrécissements du bassin, la gémellité et l'hydropisie de l'amnios sont de grands facteurs de la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf.

CHAPITRE III

Signes et diagnostic de la rupture prématurée et spontanée des membranes

Nous venons de passer rapidement en revue les nombreuses raisons qu'on a invoquées pour expliquer l'éclatement précocce des enveloppes de l'œuf. Mais les causes ont beau varier, les signes auxquels on reconnaît la rupture prématurée et spontanée des membranes restent toujours les mêmes.

En effet, pendant la veille ou pendant le sommeil, la future parturiente se sent brusquement mouillée et constate qu'il s'échappe du liquide de ses organes génitaux. Ce liquide peut varier comme quantité depuis quelques cuillerées jusqu'à un litre, deux ou même trois (Tarnier et Chantreuil). L'écoulement est unique ou bien il se renouvelle et se fait alors par ondées successives qui peuvent se suivre à quelques heures ou à quelques jours d'intervalle. Il est rarement accompagné de douleurs, mais celles-ci peuvent apparaître quelques heures ou quelques jours après.

C'est à cela que se bornent ordinairement les signes de la rupture prématurée et spontanée des membranes et ces signes existent toujours, que la rupture ait lieu dans le cours de la grossesse ou dans le cours de travail. Lorsque l'écoulement a été très abondant il en résulte une diminution du volume de l'utérus appréciable pour la femme et pour l'accoucheur.

Si on pratique le toucher vaginal peu d'instant après l'écoulement, on trouve le vagin très humide, lubrifié. Si la

femme est dans le cours de sa grossesse, le doigt rencontre un col fermé et long.

S'il y a eu quelques contractions douloureuses et un début de travail, tantôt le col est court et perméable, tantôt il est effacé et dilaté. Du liquide s'écoule si on soulève un peu avec le doigt la partie fœtale qui se présente.

Ces signes suffisent-ils pour diagnostiquer la rupture prématurée et spontanée des membranes ?

Nous distinguerons deux cas :

Ou bien la perte d'eau s'est produite pendant la grossesse, ou bien elle s'est produite pendant le travail.

Pendant la grossesse on pourrait confondre l'écoulement d'urine avec la rupture prématurée et spontanée des membranes. Il arrive en effet fort souvent que pendant la nuit une femme enceinte, dans un effort de toux, expulse l'urine de sa vessie. L'irruption subite de liquide dans le vagin peut un instant faire illusion. Mais l'urine présente des caractères différents du liquide amniotique, n'empêche pas le linge, et surtout possède une odeur spéciale et caractéristique.

D'autres fois, c'est le liquide d'une injection vaginale, qui ressort au bout d'un temps quelquefois assez long. Ou bien l'eau d'un bain pris quelques heures auparavant. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'interroger très attentivement la malade, afin de pouvoir éliminer facilement, à l'aide de ses commémoratifs, ces deux hypothèses.

Le praticien est beaucoup plus embarrassé quand il s'agit de distinguer l'hydrorrhée de la rupture prématurée et spontanée des membranes.

L'hydrorrhée est-elle en réalité un accident spécial, très différent de la rupture prématurée et spontanée des mem-

branes? Depuis fort longtemps on a cherché à établir l'individualité propre de l'hydrométrie (Stapfer) et essayé de lui trouver des caractères spéciaux.

C'est ainsi que M. Agostini a prétendu que le liquide de l'hydrorrhée n'avait pas la même composition que le liquide amniotique; il serait tantôt transparent, tantôt citrin, tantôt roussâtre. Il empêserait le linge, il contiendrait de l'albumine, sa réaction serait acide. Le liquide amniotique, au contraire, serait clair ou légèrement coloré, il contiendrait des flocons de vernix caseosa, des poils, de l'urée, du sucre de raisin, sa réaction serait alcaline et il n'empêserait pas le linge.

M. Agostini croyait encore que le ventre ne diminue pas de volume dans l'hydrorrhée.

MM. Tarnier et Chantreuil ont admis que la différence entre l'hydrorrhée et la rupture prématurée et spontanée des membranes réside surtout dans la durée de l'écoulement : « de nombreuses petites ondées quotidiennes plaident en faveur de l'hydrorrhée amniotique ». Si le suintement ne dure que quelques jours ou quelques semaines, c'est de l'hydrorrhée déciduale ou hydrorrhée vraie.

D'autres ont pensé que l'absence de contraction suffisait pour caractériser l'hydrorrhée. Mais M. Tarnier, dans une note du traité d'accouchement de Cazeaux, annonce qu'il a pu observer quelquefois, dans des cas d'hydrorrhée, des contractions qui amenèrent la dilatation du col (Obs. de M^{me} J.).

Aucun de ces signes énoncés ci-dessus n'est donc probant : du reste, MM. Tarnier et Chantreuil affirment même que la plupart du temps il est impossible de faire le diagnostic entre l'hydrorrhée et la rupture prématurée et spontanée des membranes.

Pourquoi ne se rangerait-on pas à l'avis de notre cher maître M. Ribemont-Dessaignes, qui estime que si la rupture prématurée et spontanée des membranes se produit assez loin du col, il se fait à travers l'orifice ainsi formé un suintement lent, mais continu de liquide amniotique. L'hydrorrhée ne serait ainsi qu'une rupture prématurée et spontanée des membranes.

Quand la perte d'eau survient pendant le travail, le médecin pourra encore agiter toutes les hypothèses que nous venons d'énoncer.

Mais il convient de signaler une cause d'erreur de diagnostic pour le praticien. Parfois, en effet, il existe au niveau du col une poche amnio-choriale, qui se rompt pendant le travail. M. Ribemont-Dessaignes a établi dans ses recherches sur la résistance et le mode de déchirure des membranes, que l'amnios est la moins élastique des trois membranes de l'œuf, que pendant le travail, elle peut se rompre seule. Un des bords de la déchirure se laisse soulever par le liquide sans que la déchirure s'agrandisse, le liquide s'insinue entre l'amnios et le chorion, on a ainsi une poche qui contient du liquide amniotique. Le médecin reconnaîtra facilement son erreur, car après un premier écoulement d'eau au dehors, tout rentre dans l'ordre, et en touchant l'on retrouve une nouvelle poche des eaux.

CHAPITRE IV

Influence de la rupture prématurée et spontanée des membranes

Nous avons vu à quels signes l'on pouvait reconnaître la rupture prématurée et spontanée des membranes, étudions maintenant les conséquences de cet accident.

La rupture prématurée et spontanée des membranes influe tout d'abord sur la durée de la grossesse.

La grossesse, en effet, peut être brusquement interrompue par la perte des eaux et l'accouchement s'ensuit.

Mais l'on a vu quelquefois la grossesse évoluer néanmoins jusqu'à son terme, ou du moins assez longtemps.

Nous lisons, en effet, dans la thèse de M. Roulin, une observation de Pétel, qui rapporte qu'après la rupture prématurée et spontanée des membranes, une grossesse continua encore pendant quatre mois et demi, sans aucune intervention médicale.

En 1872, Mattheus Duncan publiait une observation sur un long retard du travail après écoulement de liquide amniotique. (Notre ami, M. le Juge de Segrais a bien voulu la traduire du *Medical Times and Gazette*.)

OBSERVATION I. — Une femme attendait en juin 1872.

Le 10 mars, pendant la nuit, écoulement abondant de liquide amniotique, douleurs légères et irrégulières. Le liquide continue à s'écouler librement, mais avec des interruptions. Le volume de l'utérus diminue graduellement, au bout de 15 jours, il n'était pas beaucoup plus volumineux qu'une grosse tête de fœtus à terme. Le 25 avril le travail commence régulièrement, l'enfant naît vivant, puis meurt peu après. Il

est hors de doute que la grossesse a continué pendant 45 jours après l'écoulement du liquide amniotique et que le fœtus a vécu pendant plusieurs semaines dans un utérus très contracté.

En 1872, M. Bailly rapportait un cas identique : c'est l'histoire d'une jeune femme de 20 ans qui, dans le huitième mois de la grossesse perdit de l'eau et chez qui l'accouchement ne survint que treize jours plus tard, après que la patiente eut mouillé tous les jours trois serviettes. L'enfant naquit vivant, mais faible,

Nous devons citer les noms des docteurs Bradley, Bassett de Birmingham, Swayne de Bristol, Snow-Beck, qui ont relaté des grossesses prolongées six semaines, et même jusqu'à trois mois après la rupture prématurée et spontanée des membranes.

Bien que la grossesse continue, l'éclatement précoce des enveloppes de l'œuf peut avoir néanmoins une influence funeste sur la présentation. Si celle-ci est vicieuse, l'absence d'eau dans l'œuf immobilise le fœtus et l'empêche de se déplacer.

L'enfant n'est pas toujours vivant dans le sein maternel ou bien il peut y succomber. Si les membranes se rompent, l'air pénètre dans l'œuf et amène rapidement la putréfaction du fœtus. Alors surviennent des accidents de la plus haute gravité.

Nous allons citer une observation de M. le professeur Depaul, qui montrera mieux que nous ne saurions le faire, combien est rapide dans ce cas la marche des événements.

OBSERVATION II. — En ce moment est couchée à l'amphithéâtre des cliniques une femme qui dépasse de huit jours les neuf mois révolus de la grossesse. . . . Les membranes sont rompues depuis trois jours et le liquide qui s'est écoulé contenait du méconium. . . . Mon doigt en traversant le col a rencontré un cul-de-sac formé par du tissu fibreux dans un point duquel existe une petite fente que j'ai entrouverte et à travers

laquelle j'ai senti la tête de l'enfant et un croissant fermant en grande partie l'orifice du col. Le croissant dont il vient d'être fait mention, est-il du tissu fibreux ou cancéreux ?

Bientôt probablement on pourra constater l'état des choses, car il est survenu un accident tellement grave qu'il est à peu près impossible de conserver l'espoir de sauver la malade. L'air a pénétré dans la matrice depuis la rupture des membranes. L'enfant déjà mort y est en putréfaction et des gaz délétères s'y forment et donnent à l'utérus un volume et une dureté considérables avec un bruit tympanique à la percussion. Les gaz qui en sortent exhalent une odeur putride, la femme éprouve une anxiété suffocante, le pouls est petit, misérable, les traits de la face sont décomposés. Sous l'influence du développement des gaz, il se produit un emphysème qui pourrait en imposer sur le volume du fœtus et le faire croire plus gros qu'il n'est. »

M. le Professeur Depaul ne se trompait pas dans son pronostic : quelques jours plus tard la femme mourait.

Mais les cas où la grossesse continue, malgré la rupture prématurée et spontanée des membranes sont rares : en général la grossesse s'interrompt et le travail commence.

L'influence de la rupture précoce des membranes sur le travail n'est pas très considérable. La poche des eaux physiologiquement joue dans le travail le rôle d'un coin élastique qui s'enfonce dans le col, l'efface, le dilate lentement, mais ménage sa susceptibilité douloureuse et rend ainsi l'accouchement moins laborieux. Aussi de bonne heure a-t-on considéré que l'absence des eaux devait retarder le travail, faire languir l'accouchement et augmenter les douleurs. Hippocrate, Paul d'Egine redoutaient les couches sèches. Les accoucheurs modernes ont aussi abondé dans ce sens, Mauriceau, M. Boivin, Capuron, Madame Lachapelle ont regardé les couches sans eaux comme dangereuses.

Nous croyons, avec M. Roulin, que l'influence de la rupture

précoce de la poche des eaux est minime et même que bien souvent le travail est accéléré par la rupture.

La rupture prématurée et spontanée est encore plus fréquente pendant le travail même et nous allons, maintenant, pour compléter cette étude, rechercher quelles sont les conséquences de l'éclatement précoce des enveloppes de l'œuf, quand il se produit pendant le travail.

Tout d'abord nous rappelons que si les membranes sont rompues, l'extrémité présentée par l'enfant dans l'ouverture du col est exposée à devenir le siège d'une bosse séro-sanguine dont le volume pourra apporter des difficultés à l'examen par le toucher.

De plus, au moment où se rompt la poche des eaux, les parties fœtales ne sont pas nécessairement engagées. L'irruption brusque de l'eau au dehors peut donc entraîner la procidence d'un membre (Hugenberger) ou bien plus souvent la procidence du cordon. Nous n'avons pas besoin d'insister sur le grand péril que court à ce moment l'enfant, surtout dans le second cas.

Sans que le cordon soit réellement procident, il peut, ainsi que l'a remarqué M. Alezais, s'insinuer entre la tête et le bassin et au moment de l'engagement de la présentation, être fortement comprimé, ce qui met encore les jours de l'enfant en danger.

Enfin, si l'accoucheur juge nécessaire d'intervenir, l'écoulement précoce des eaux peut le gêner considérablement et même parfois l'empêcher de pratiquer des opérations qu'il jugeait utiles. L'absence d'eau rend la version difficile, sinon impossible.

CHAPITRE V

Du pronostic de la rupture prématurée et spontanée des membranes

Le pronostic de la rupture prématurée et spontanée des membranes doit se déduire des considérations précédentes, et il est essentiellement variable, suivant que l'éclatement des enveloppes de l'œuf a lieu pendant la grossesse ou pendant le travail.

Nous avons dit que, si la rupture prématurée et spontanée des membranes se produisait pendant la grossesse, ou bien celle-ci continuait, ou bien elle s'interrompait.

Si elle continue et si l'enfant renfermé dans le sein maternel est vivant et bien placé, il est évident qu'il n'y a danger ni pour la mère, ni pour l'enfant. Si, au contraire, la présentation est vicieuse, l'échappement brusque des eaux, immobilisant le fœtus, peut devenir une cause sérieuse de dangers futurs pour la mère. Mais, le pronostic est vraiment grave, quand la grossesse persiste avec un fœtus qui vient de succomber. Nous avons exposé plus haut la marche des accidents et vu combien alors il est peu permis d'espérer sauver la vie de la mère. Or, si le fœtus est macéré, la putréfaction marche encore plus rapidement, et en quelques heures, un jour, il peut être trop tard pour porter remède.

Quand la grossesse s'interrompt à la suite de la rupture prématurée et spontanée des membranes, nous ne devons pas oublier de noter que l'enfant qui naît prématurément a d'autant moins de chances de vivre qu'il est plus éloigné du terme de la grossesse. Il est certain que si la rupture pré-

cocce des membranes a lieu à la fin du sixième mois, on peut néanmoins, grâce à l'usage de la couveuse ou des injections de sérum de sang de chien, grâce au gavage, réussir à élever l'enfant. Mais des soins assidus et constants sont difficiles à donner et souvent l'enfant succombe. En revanche, on ne devra pas considérer comme un événement dangereux pour l'enfant, la rupture des membranes, à la fin du septième mois, du huitième, ou au commencement du neuvième. A ce moment, l'enfant est capable de téter et il est suffisamment vigoureux pour résister.

Si, pendant la grossesse, la rupture prématurée et spontanée des membranes a ses inconvénients, elle peut aussi avoir des avantages, on peut considérer comme un fait heureux, l'éclatement précoce des enveloppes de l'œuf chez une femme albuminurique ou éclamptique. Il est évident que la rupture des membranes a l'avantage énorme d'arrêter l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia, et nous noterons au passage que M. le professeur Pinard a donné, lorsqu'il y a décollement placentaire, le conseil de rompre les membranes pour faire cesser l'écoulement du sang. Il est hors de doute que l'arrêt de la grossesse, par suite de la rupture prématurée et spontanée des membranes chez une femme atteinte d'une maladie du cœur ou d'une affection aiguë, doit passer pour un bienfait. Nous avons supposé jusqu'à présent que le bassin était normal dans tous les cas que nous avons examinés, mais les malformations sont assez communes et nous pensons que la rupture prématurée et spontanée des membranes peut souvent permettre à travers le détroit supérieur le passage d'un enfant qui, quelques semaines plus tard, ne pourrait sortir.

Voyons maintenant quel est le pronostic de la rupture prématurée et spontanée des membranes, pour la mère et pour l'enfant, quand elle a lieu pendant le travail.

Il est certain que souvent l'accouchement est accéléré par la perte précoce des eaux, et qu'il se fait sans aucun incident.

Mais il est des circonstances où la rupture prématurée et spontanée des membranes peut au contraire devenir une source de difficultés pendant l'accouchement et mettre en danger la mère et l'enfant.

L'enfant court en effet un grand péril, quand il se produit une procidence du cordon. Quelquefois il suffit même que le cordon soit comprimé entre la tête et le bassin pour qu'il cesse de battre et que l'enfant meure.

La mère, sans être exposée à perdre la vie, peut néanmoins souffrir bien plus longtemps et être obligée de se soumettre à des opérations assez graves; en effet, rappelons tout d'abord que les bosses séro-sanguines qui déforment la partie présentée, sont parfois une cause d'erreur de diagnostic. De plus la procidence des membres, qui survient quelquefois à la suite de la rupture prématurée et spontanée des membranes, n'est pas faite pour rendre l'accouchement plus facile et rend même indispensable dans quelques cas l'usage des instruments.

En outre, si la présentation est mauvaise, l'eau qui s'écoule fixe le fœtus et permet à l'utérus de l'enserrer plus fortement. L'expulsion de l'enfant devient alors très difficile. On peut tenter une version par manœuvres internes, mais elle réussit rarement dans un utérus contracturé. Si l'on ne recourt pas à l'usage des instruments, il n'est pas rare d'assister à une rupture utérine. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la gravité d'un pareil accident pour la mère.

DEUXIÈME PARTIE

DE LA CONDUITE A TENIR QUAND LA RUPTURE PRÉMATURÉE ET SPONTANÉE DES MEMBRANES A LIEU PENDANT LA GROSSESSE.

CHAPITRE VI

De la conduite à tenir quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant la grossesse et que l'enfant est vivant, la mère est bien portante et bien faite.

L'accoucheur vient d'être appelé en toute hâte auprès d'une femme qui perd de l'eau. La conduite à tenir va dépendre entièrement du diagnostic.

Nous voulons insister tout particulièrement sur cette nécessité de bien établir le diagnostic et nous attirons sur ce point toute l'attention du praticien.

Il faut, en effet, s'assurer que l'eau perdue vient réellement de l'utérus, qu'il y a véritablement rupture prématurée et spontanée des membranes. Il faut reconnaître l'âge de la grossesse : et les commémoratifs et les renseignements fournis par la mère aideront dans cette recherche. Il est indispensable de faire le diagnostic de la présentation, de la position et du développement du fœtus. Il convient d'ausculter le cœur fœtal et de bien discerner si l'enfant est vivant ou mort.

Puis il faut pratiquer le toucher vaginal, examiner si la femme est en travail ou non, si le bassin est bien fait ou est vicié, s'il existe une procidence.

Lorsqu'on aura pris toutes ces précautions, on recherchera encore si la femme n'est pas atteinte d'une affection aiguë ou d'une maladie de cœur, ou d'albuminurie.

A. — L'accoucheur a donc pris toutes ces précautions. Il sait que la grossesse date de 6 à 7 mois, la mère est bien portante, le bassin est bien fait, l'enfant est vivant. Le travail n'a pas commencé, mais la mère ressent des douleurs.

Quelle est la conduite à tenir, lorsqu'une rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant la grossesse dans le sixième ou le septième mois et que l'enfant est vivant et bien placé.

Doit-on laisser l'accouchement se produire et l'enfant ainsi né aura-t-il des chances de vie ou bien doit-on prolonger la grossesse jusqu'à terme ou du moins le plus longtemps possible.

Nous pensons qu'il faut essayer de prolonger la grossesse.

Déjà Velpeau, puis Moreau disaient qu'après la rupture prématurée et spontanée des membranes, on pouvait faire durer encore une grossesse. Blatin citait une observation que nous relatons ici où une intervention utile permit de conduire une grossesse à terme.

OBSERVATION III. — Cas de RANKINS. — Une femme perd de l'eau à la suite d'une chute grave. M. Rankins appelé, croit l'accouchement imminent, mais donne néanmoins trente gouttes de teinture d'opium et met la femme au repos. Les eaux coulent pendant 45 jours, et l'accouchement a lieu à terme sans eau, mais le fœtus meurt quelques minutes avant de naître.

A partir de 1872, époque de la publication des observations de Mattheus Duncan et de Bailly, que nous avons reproduites plus haut, on paraît même adopter une règle de conduite dans les cas de rupture prématurée et spontanée des membranes pendant la grossesse avec enfant vivant. On fait garder le lit aux femmes enceintes qui ont perdu de l'eau et parfois on leur administre de la teinture d'opium et le traitement réussit en effet à prolonger la grossesse.

C'est l'emploi de cette méthode qui donne à Bailly un beau résultat en 1877. Voici en effet l'observation qu'il publie à ce moment.

OBSERVATION IV. — *Accouchement survenu longtemps après la rupture des membranes.*

Il s'agit d'une femme, âgée de 28 ans, maigre, dont les règles ont apparu pour la dernière fois du 20 au 25 juin 1876. Le 13 novembre 1876, Me X... vaquant à sa toilette perd de l'eau qui forme mare sur le parquet. Affaissement du ventre. M. Bailly appelé fait coucher Me X... L'écoulement persiste pendant 15 jours. Le 15 décembre le ventre avait grossi de nouveau, les mouvements de l'enfant étaient sentis par la mère. On la laisse se lever et se promener.

Au commencement de janvier le ventre était volumineux, mais l'écoulement avait repris, moins abondant, il est vrai, qu'auparavant. Janvier et février se passent sans que M. X... cesse de perdre. Le 18 février 1877, Me X... sent des douleurs faibles et espacées et le 19, on arrive sur une partie qui est le siège en SIGP. Il est 4 heures du matin, à 9 heures du matin, Me X... accouche d'une fille chétive, qui ne vit que 18 heures.

Délivrance artificielle pour placenta adhérent.

M. Bailly fait suivre cette observation de quelques réflexions et conseille non seulement le repos absolu dans les cas semblables, mais encore l'usage de lavements laudanisés.

Ces excellents conseils trouvent néanmoins un contradicteur en la personne de M. Roulin qui, en 1878, conclue sa

thèse sur la rupture prématurée et spontanée des membranes en disant « qu'il faut faire coucher la femme afin qu'il s'écoule le moins de liquide possible, et qu'il faut attendre le moment de l'expulsion sans chercher à hâter ni à retarder l'écoulement ». Il va sans dire que nous ne partageons nullement l'avis du docteur Roulin; nous avouons être même étonnée de trouver cette phrase dans une étude très bien faite et qui relate, quelques chapitres plus haut, la possibilité de prolonger une grossesse pendant plusieurs jours ou même plusieurs mois, quand elle n'est pas à terme, malgré la rupture prématurée et spontanée des membranes.

A Lyon, du reste, en 1878, on ne pensait pas ainsi et M. Poulet publie cette même année dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* deux cas dans lesquels il a constitué un traitement opiacé et où il a condamné les femmes au repos et obtenu des résultats très appréciables.

OBSERVATION V. — Résumée. — Une femme arrivée au sixième mois de la grossesse fait appeler M. Poulet, parce qu'elle vient de perdre la valeur d'un verre d'eau. M. Poulet prescrit le repos, des lavements laudanisés, un peu de chloral à l'intérieur. Et, bien que la femme continue à présenter un écoulement quotidien d'eau, fait arriver sans difficulté la grossesse jusqu'au 7^e mois. A ce moment la malade, fatiguée de rester couchée, se lève et est prise brusquement de douleurs et accouche.

La délivrance est difficile, le cordon s'est rompu pendant les tractions, son insertion était vélamenteuse.

OBSERVATION VI. — Résumée. — La malade est âgée de 26 ans. La grossesse remonte à six mois. Dans une promenade la femme a brusquement perdu un flot d'eau. M. Poulet la fait coucher, lui ordonne des lavements laudanisés, du chloral à l'intérieur. La malade ne veut pas rester au lit et six semaines après est subitement prise de douleurs

et accouche. Malheureusement pendant le travail il s'est produit une procidence du cordon, qu'on ne peut réduire et l'enfant meurt.

M. Poulet a cette fois exprimé le placenta par la méthode de Crédé et l'a tiré dehors sans difficulté ; l'insertion du cordon était vélamenteuse.

M. Alezais, dans sa thèse sur la rupture prématurée et spontanée des membranes, disait : « On est aujourd'hui forcé d'admettre que malgré la perte des eaux, la grossesse a pu continuer son cours pendant un laps de temps qui a quelquefois dépassé un mois. L'importance d'un pareil fait est capitale, car il permettra à l'accoucheur de ne pas perdre courage trop tôt et de conduire à terme des gestations qu'on regardait jusqu'ici comme fatalement compromises. » Et il indiquait aussi comme moyens de traitement le repos au lit avec une nourriture légère, les lavements laudanisés et il recommandait de bien vider la vessie et le rectum des malades.

MM. Roisin, Vayssettes sont du même avis. Nous notons dans le travail de M. Vayssettes une curieuse observation d'une dame qui, demeurant en Californie, et enceinte, désira aller accoucher auprès de sa mère à Munich. Elle partit, eut un accident de chemin de fer à Panama, s'embarqua néanmoins, fit un long voyage sur mer, tout en perdant de l'eau, arriva à Paris où elle roula du haut en bas d'un escalier, s'alita quelques jours, eut quelques contractions utérines qui cédèrent à un traitement consistant en lavements, repartit en chemin de fer et arriva à Munich où elle mit au monde un enfant vivant.

En Amérique aussi l'on s'occupait de la même question et en 1885 le Dr Kemper d'Indiana faisait paraître un important

travail sur la rupture prématurée et spontanée des membranes. Selon lui « lorsque les membranes sont rompues, on peut poser en principe que le travail va commencer tout de suite ou dans les quatre premières heures qui suivent. Mais il peut être retardé de plusieurs heures ou même de plusieurs semaines. D'après Smellie, Mac Clintock, Bard, Denmann, Derwees et sa propre expérience, le meilleur moyen pour y arriver est le repos au lit et la patience. Toute tentative pour provoquer le travail est nuisible et douloureuse. »

En 1888 la Société médicale d'Anvers qui avait mis au concours le traitement préventif et curatif de la fausse couche couronnait les deux mémoires de Lambert de Bruxelles et de Leemans d'Ixelles. Tous deux conseillent dans le cas de perte des eaux pendant la grossesse d'éviter un accouchement imminent et recommandent le repos au lit, l'usage de l'opium sous forme de lavements laudanisés ou bien encore l'usage de calmants. D'après Lambert la chlorodyne prise à la dose de quinze gouttes toutes les trois ou quatre heures, ou bien encore le chloral à la dose de 4 grammes par jour retarderaient l'accouchement.

Leemans recommande plutôt les suppositoires à la belladone et à la morphine, mettant une quantité égale de deux centigrammes de l'une et de l'autre dans chacun des suppositoires.

Nous pouvons donc affirmer, en nous autorisant de tous ces noms et de toutes ces observations, que l'accoucheur doit et peut empêcher l'accouchement quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant la grossesse, que l'enfant est vivant, que la mère est bien portante et bien faite.

Mais est-il nécessaire de prolonger celle-ci jusqu'à son terme, point sur lequel insistent beaucoup MM. Alezais, Vayssettes, M. Kemper. Il est certain que si on peut y arriver, l'enfant sera plus vigoureux et beaucoup plus gros.

Mais est-il possible d'astreindre une femme à un séjour de deux ou trois mois au lit, puisque nous avons supposé que la rupture s'était produite pendant le sixième ou le septième mois de la gestation ?

Nous pensons qu'il suffira d'atteindre le moment où l'enfant est viable, et suffisamment résistant pour n'avoir plus besoin de couveuse ou de gavage. Nous voulons dire qu'il suffira, par conséquent, de prolonger la grossesse jusqu'à la fin du septième mois ou à la fin du huitième. Si à ce moment, l'accouchement semble vouloir se faire, on peut assister aux événements sans intervenir.

C'est bien ainsi que l'ont compris les accoucheurs actuels et nous allons le faire voir par quelques observations.

Les unes sont inédites et nous ont été aimablement communiquées par M. Ribemont-Dessaignes et M. Auvard, une d'entre elles, également inédite, a été recueillie par nous cette année même dans le service de notre maître M. Ribemont à Beaujon et enfin notre ami M. le Juge de Segrais a bien voulu traduire pour nous du *Medical Record* une observation de M. le Dr Egan.

C'est par celle-ci que nous commencerons :

OBSERVATION VII. — *Rupture spontanée des membranes vingt-cinq jours avant la naissance d'un enfant vivant* (publiée dans le *Medical Record* du 25 octobre 1890 par M. EGAN, chirurgien assistant.

Madame T. . . , âgée de 35 ans, d'une bonne santé habituelle, de

constitution robuste, n'a pas d'antécédents morbides héréditaires, rien de particulier dans ses antécédents personnels.

Elle a 3 enfants vivants, en bonne santé, l'aîné est âgé de 10 ans, le plus jeune de 6 ans. Elle a fait quatre fausses couches, la dernière il y a douze mois où elle mit au monde un fœtus de sept mois, macéré. Pas de causes appréciables pour expliquer ces fausses couches.

Dernières règles le 20 décembre 89, les douleurs commencent dans la soirée du 17 août. Quelques heures après leur début rupture spontanée des membranes et écoulement abondant de liquide amniotique. Le toucher vaginal permet de reconnaître un col dilaté comme un dollar, une présentation du sommet pas encore assez engagée pour permettre de diagnostiquer la position de l'occiput. Les douleurs étaient celles de la période de dilatation, fréquentes et durant une minute ou deux.

Pendant la nuit du 17 au 18 août, on sentit nettement la fontanelle postérieure en I G. Les douleurs sont toujours celles de la dilatation qui ne fait d'ailleurs que peu de progrès.

On assure à la malade que tout marche normalement, mais qu'elle n'accouchera sans doute que le lendemain.

18 août, matin. — Le matin, au toucher on ne sent plus l'occiput. Dans la journée on le perçoit de nouveau. Les douleurs de la dilatation continuent à intervalles rapprochés. Léger écoulement de mucosités teintées de sang; pas de débris de membranes.

18 août soir. — Dans la soirée on donne à la malade en quatre doses 2 centigrammes 50 milligrammes de morphine; nuit excellente. Au réveil les douleurs ont disparu.

Depuis cette époque jusqu'au 11 septembre cette femme se livra aux occupations de son ménage, de temps en temps, surtout la nuit, elle avait de légères douleurs dans le ventre.

Le 11 septembre elles augmentent d'intensité, le matin le sommet se présentant toujours en O I G A; à 10 heures douleurs expultrices et au bout d'une heure la malade accouchait d'une fille bien conformée et pesant 3125 gr.

L'enfant était recouvert d'une grande quantité d'enduit sébacé; les lèvres étaient violacées, mais la petite fille se mit tout de suite à crier avec une force extraordinaire et depuis elle a toujours joui d'une bonne santé.

Pendant les plus fortes douleurs il s'écoula bien une petite quantité

de liquide, mais à aucun moment il ne se forma de poche des eaux. Après la délivrance on put retrouver dans les membranes l'orifice où la rupture s'était produite.

OBSERVATION VIII. — *Rupture spontanée des membranes longtemps avant le terme de l'accouchement. — Commencement de travail. — Continuation de la grossesse grâce à l'emploi de la morphine.* — Observation inédite, communiquée par M. RIBEMONT-DESSAIGNES, accoucheur de l'hôpital Beaujon. — Il s'agit d'une primipare qui accoucha le 16 octobre 1888.

Après un début de grossesse très heureux, elle fut prise au commencement de juillet de douleurs, et elle constata qu'elle perdait de l'eau en assez grande abondance. Le liquide écoulé peut être évalué à un demi-litre à peu près. M. Ribemont-Dessaignes fut appelé en grande hâte par télégramme auprès de la malade qui habitait alors Versailles.

Il constata à son arrivée que les douleurs étaient fréquentes, le col était effacé, il y avait dilatation grande comme cinq francs. Il fit une piqûre de morphine d'un 1/2 centigramme, puis deux heures après une autre. Vers minuit les douleurs se calmèrent, on sentait les membranes intactes, à deux heures du matin, le col avait l'air de se reformer. M. Ribemont laissa auprès de la malade une bonne garde et repartit à Paris. Le lendemain le col s'était entièrement reformé et les traces de l'accident avaient disparu.

Au bout de 15 jours il y eut une nouvelle menace d'accouchement, une nouvelle perte d'eau et le travail rétrocéda de nouveau après une injection de morphine.

Vers le 20 août nouvelle alerte, et comme M. Ribemont désirait avoir la malade plus près de lui, lorsque les accidents eurent de nouveau disparu, on amena la malade en voiture à Paris.

A partir de ce moment les pertes d'eau cessèrent, et l'accouchement eut lieu à terme le 16 octobre 1888. L'enfant était gros, pesait 8 livres 1/2 et ne put être extrait qu'avec le forceps.

En examinant l'œuf, M. Ribemont trouva assez loin de l'orifice par lequel avait passé l'enfant, un petit trou, trace de la rupture prématurée et spontanée.

OBSERVATION IX — inédite, communiquée par M. AUWARD, accoucheur des hôpitaux. — *Rupture spontanée des membranes 55 jours avant l'accouchement d'un enfant vivant.*

Mme X... demeurant à Lille, a vu pour la dernière fois ses règles du 21 au 24 février 1886. Elle a senti les premiers mouvements de l'enfant le 12 juillet.

Elle va pour se distraire en août 1886 aux eaux de Royat. Le 7 septembre elle se promène à Nevers, quand, à la suite d'un violent coup de tonnerre qui l'a fort effrayée, elle se sent inondée d'eau, en même temps elle constate que son ventre vient de diminuer de volume. Elle consulte une sage-femme qui lui conseille de retourner immédiatement à Paris. M. Auward la voit le 11 septembre et constate un fœtus engagé en O I D. Bruits du cœur, normaux. Col utérin fermé; vaginite granuleuse. Depuis sa première perte jusqu'à son arrivée à Paris et pendant son séjour à Paris la malade sent suinter, d'une façon intermittente pendant la journée ou la nuit, à huit ou dix reprises différentes pendant les 24 heures, un liquide séreux rappelant tout à fait par son aspect le liquide amniotique et qui suffit à imbiber pendant un jour environ trois serviettes.

La malade est condamnée au repos complet au lit et mise sous l'influence du viburnum prunifolium (20 à 30 gouttes par jour). On ne donne pas de laudanum, parce qu'il n'y a pas la moindre contraction utérine douloureuse.

La grossesse continue son cours normal et le liquide semble se reproduire en une quantité suffisante pour suppléer à l'écoulement.

Le 11 octobre (un mois après son arrivée à Paris), la malade étant toujours dans le même état veut absolument rentrer chez elle. Le voyage s'effectue sans encombre; les pertes de liquide continuent jusqu'au 2 novembre, moment auquel a lieu l'accouchement spontané.

L'enfant ainsi né est un garçon qui, malgré son terme de 8 mois seulement, pèse 2800 gr. Il n'a pas été possible de recueillir des détails sur l'état de l'œuf.

Suites de couches normales — l'enfant s'est très bien élevé et vit encore.

OBSERVATION X. — Personnelle. — *Rupture spontanée des membranes et accouchement d'un enfant vivant.*

La nommée C... R... âgée de 22 ans, ménagère, entre le 29 juil-

let 1891 salle Paul Dubois, dans le service de notre maître M. Ribemont-Dessaignes.

Elle a vu pour la dernière fois ses règles du 27 au 30 janvier 1891. Elle est donc enceinte de six mois environ.

Elle n'a jamais été malade antérieurement.

C'est sa seconde grossesse, et son premier accouchement n'a été signalé que par le fait que les membranes se sont rompues 5 heures avant l'accouchement, néanmoins normalement achevé.

L'enfant né vivant est mort 6 semaines après, la mère n'a pu nous donner la cause de ce décès.

La femme C... R... entre à l'hôpital parce que vendredi dernier, 24 juillet, elle a constaté qu'elle perdait de l'eau. Voici comment les faits se sont passés.

La journée du jeudi 23 aurait été très fatigante et la malade aurait travaillé plus que de coutume. Le 24 quand elle se réveilla, elle vaqua à ses occupations, puis en se mettant à la fenêtre, brusquement elle perdit de l'eau en assez grande quantité. L'eau arrivait tantôt par flots, tantôt par gouttelettes, plus abondamment dans la station verticale que dans la station couchée. La femme C... R... éprouvait en même temps des douleurs vives dans les reins et les flancs.

L'écoulement persista ainsi pendant trois jours et c'est à ce moment que la malade effrayée vint demander à entrer à l'hôpital.

29 juillet. — Examen de la femme.

L'utérus volumineux remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on y sent encore une assez grande quantité de liquide et un fœtus très mobile dont la tête est située dans la région iliaque gauche, le tronc est à droite, le siège en haut et à droite. La présentation est donc celle du sommet en OID.

Battements du cœur à droite et assez faibles.

Au toucher le col est long, entrouvert, mais bien que la femme ne soit pas en travail il existe des contractions utérines. Le doigt sort du vagin imbibé de liquide.

On prescrit à la femme le repos absolu au lit et on lui donne par jour deux lavements contenant chacun 15 gouttes de laudanum.

L'urine de la femme présente des flocons d'albumine.

2 août. — Depuis son séjour à l'hôpital il n'y a pas de modification dans l'état de la femme. Elle perd toujours un peu d'eau dans la

journée et dans la nuit, et il existe encore des contractions utérines, 1 lavement laudanisé par jour et repos.

3 août. — Douleurs dans les reins, les contractions utérines semblent se rapprocher et elles sont très sensibles à la moindre palpation.

L'albumine dosée révèle une quantité de 0 grammes 50 centigrammes par jour.

On prescrit un lavement avec 20 gouttes de laudanum et, en outre, on ordonne de donner à la malade 10 gouttes de laudanum toutes les 2 heures si les contractions ne cessent pas.

5 août. — Suppression des lavements laudanisés, les contractions ayant disparu. La femme ne perd plus que quelques gouttes d'eau par jour.

Elle reste néanmoins à l'hôpital jusqu'au 8 septembre, bien que tout semble être rentré dans l'ordre. La grossesse évoluait normalement, les pertes d'eau avaient cessé ainsi que les contractions.

On la laisse rentrer chez elle, mais à la suite du trajet qu'elle avait fait pour aller de l'hôpital jusque chez elle, elle ressent une grande fatigue, et le 9 septembre elle perdait de nouveau de l'eau cette fois mélangée d'un peu de sang. La perte continua toute la journée du 9 septembre du 10 et du 11.

L'écoulement était beaucoup plus considérable lorsqu'elle marchait, il s'arrêtait quand elle se mettait au repos et se couchait.

Le 11 septembre. — Elle vient demander à rentrer de nouveau à l'hôpital, où on la met au repos absolu.

Ce traitement très simple suffit à amender les accidents, tout s'arrête de nouveau comme précédemment. La malade reste au lit. Régime lacté.

Examen de la femme. — L'utérus a normalement évolué, le fœtus a grossi, il semble avoir tourné et aujourd'hui on sent son dos à gauche, le diagnostic est O I G P.

Les battements fœtaux sont très nets à gauche.

Le col utérin est long, on ne peut entrer le doigt dans l'ouverture du col.

La malade reste dans la salle Paul Dubois jusqu'à la fin de septembre, époque où pour réparations dans la salle on évacue les malades dans les services de médecine. A ce moment elle ne perd plus d'eau ;

Elle revient dans le mois d'octobre pour accoucher et met au monde, le 20 octobre 1891, un enfant vivant et bien conformé bien qu'au terme de 8 mois.

Poids de l'enfant 3650 grammes.— Durée du travail, 6 heures. Délivrance naturelle.

L'examen du placenta et des membranes fait par nous ne nous a permis de reconnaître en aucun point une déchirure expliquant ces pertes successives d'eau. Il est vrai, et nous l'avons écrit plus haut, que l'ouverture qui a servi de passage à la tête peut s'être confondue au moment de l'accouchement avec la déchirure des membranes, cause des pertes successives d'eau.

Nous pouvons tirer de tous les faits sur lesquels nous venons d'insister, quelques conclusions pratiques.

1° Une intervention s'impose toujours dans la rupture prématurée et spontanée des membranes qui a lieu au sixième ou septième mois de la grossesse, à condition que le bassin soit bien fait et la femme soit bien portante.

2° Dans ce cas, l'accoucheur doit faire tous ses efforts pour prolonger la grossesse le plus près possible du terme normal, ou tout au moins jusqu'au moment où l'enfant naîtra viable.

3° L'accoucheur peut arriver à ce résultat en astreignant la femme, chez laquelle sont survenues des pertes de liquide amniotique au repos forcé dans le lit.

4° En outre, s'il existe quelques contractions utérines, il doit prescrire le laudanum, sous forme de quarts de lavements additionnés de 10 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham, toutes les heures, jusqu'à cessation des douleurs. M. Charrier a établi dans sa thèse l'extrême tolérance des femmes enceintes pour les opiacés : on ne doit donc pas craindre de donner jusqu'à 80 gouttes de laudanum dans la

première journée. Il sera bon de faire précéder le lavement médicamenteux d'un lavement évacuateur (Charrier).

4° Si les lavements ne sont pas gardés ou si la malade se refuse à ce moyen d'absorption, on peut lui faire des injections de morphine. On procédera par injections d'un demi-centigramme de morphine et la dose injectée pourra s'élever jusqu'à deux centigrammes dans la première journée.

B. — Il arrive quelquefois que le médecin, après s'être assuré de l'existence de la rupture spontanée et prématurée des membranes, découvre en outre que l'enfant vivant est mal placé. Le bassin de la mère est normal.

Nous savons que les présentations du siège et de l'épaule sont loin d'être rares dans la rupture prématurée et spontanée des membranes puisqu'on les a même accusées d'en être la cause.

Le médecin doit-il se borner à se conduire comme nous l'avons écrit quelques lignes plus haut. Nous ne le pensons pas.

Nous croyons, en effet, qu'il est indispensable de transformer la présentation de l'épaule et utile de transformer la présentation du siège en présentation du sommet. On peut y parvenir à l'aide de la version par manœuvres externes : on ne doit pas hésiter à chloroformiser la patiente, afin d'obtenir plus de docilité et d'éveiller moins de douleurs. Si l'on parvient à ramener la tête au niveau du détroit supérieur, celle-ci pourra même faire bouchon et arrêter l'écoulement du liquide. On maintient ensuite la tête avec une ceinture eutocique du modèle donné par M. le professeur Pinard.

Ce résultat obtenu, on pourra alors obliger la femme à garder le repos absolu, lui faire administrer des lavements

laudanisés et faire le nécessaire pour prolonger la grossesse.

En supposant même qu'on n'y parvienne pas, on aura, du moins, retiré de cette manœuvre l'avantage énorme d'avoir substitué une bonne présentation à une présentation vicieuse et de faciliter à la patiente un accouchement qui n'eût pas manqué de devenir laborieux.

C. — Dans quelques rares circonstances, le médecin peut encore constater la procidence du cordon, bien que le travail ne soit pas commencé. On comprend, en effet, fort bien, qu'un œuf distendu par du liquide amniotique très abondant (hydramnios) presse suffisamment sur le col utérin pour le rendre déhiscent. Quand il y a rupture prématurée et spontanée des membranes, l'eau s'échappe brusquement et entraîne avec elle une anse de cordon dans ce col ainsi entr'ouvert.

Il faut, dans ce cas, réduire le cordon, et si l'on y a réussi, on peut alors seulement essayer de prolonger la grossesse. Si l'on échoue, l'enfant meurt, et nous verrons tout à l'heure comment il convient de se comporter quand la rupture prématurée et spontanée des membranes survient pendant la grossesse et que l'enfant est mort.

CHAPITRE VII

De la conduite à tenir dans la rupture prématurée et spontanée des membranes quand la grossesse est de huit mois ou bien quand la femme est mal portante, ou bien quand elle est mal faite. — L'enfant est vivant.

Le médecin n'a pas toujours intérêt lorsqu'il y a rupture prématurée et spontanée des membranes à prolonger la grossesse.

Il est évident que si l'éclatement des enveloppes de l'œuf survient au huitième mois de la gestation, l'on est autorisé à ne pas intervenir et à laisser l'accouchement se faire.

L'enfant, dès le huitième mois en effet, est suffisamment développé pour vivre; d'autant plus que s'il ne pouvait se passer des soins minutieux nécessaires aux enfants nés avant terme, on pourrait toujours le mettre dans une couveuse et le gaver au besoin.

Il existe des cas où il serait non seulement inutile, mais même nuisible de retarder l'accouchement, lorsque la rupture prématurée et spontanée des membranes survient pendant la grossesse.

Nous avons insisté plus haut sur la nécessité pour le médecin de faire le diagnostic exact : il faut, lorsqu'il examine une gestante, qu'il ne se borne pas à rechercher l'état de l'utérus et de l'œuf. Il est nécessaire d'ausculter soigneusement la future parturiente et de vérifier son état de santé.

Si la rupture prématurée et spontanée des membranes est survenue au cours d'une affection aiguë, il sera utile de ne

s'opposer en rien aux efforts de l'utérus pour expulser son contenu.

Si la rupture prématurée et spontanée des membranes arrête une grossesse en voie d'évolution, chez une femme atteinte d'une affection du cœur, atteinte de tuberculose, on doit s'en applaudir.

Le médecin ne doit pas négliger l'analyse des urines de la future parturiente. Combien de fois chez des albuminuriques la rupture prématurée et spontanée des membranes a-t-elle, en provoquant l'accouchement, déterminé la cessation de nombreux accès d'éclampsie.

En voici un exemple :

OBSERVATION XI. — *Eclampsie chez une primipare pendant la grossesse. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Guérison.* — Observation recueillie par Mlle EDELINE, sage-femme du service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES à l'hôpital Beaujon.

J... M... 34 ans, accouchée spontanément le 11 avril 1890. Présentation du sommet en O I G A.

Antécédents héréditaires. — La malade raconte que sa mère, à la suite d'une frayeur survenue au moment des règles, était sujette à des attaques nerveuses, qui dans les derniers temps de sa vie seraient devenues très fréquentes. Elle est morte à l'âge de 38 ans.

La malade ne peut donner de renseignements sur la façon dont les cinq grossesses de sa mère se sont passées.

Sa sœur, qui a eu deux ou trois grossesses, à l'un de ses accouchements, a subi une saignée pour une crise d'éclampsie, probablement.

Antécédents personnels. — La malade est d'une bonne santé habituelle. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans. Elle voit régulièrement tous les mois, mais ses règles disparaissent quelquefois pendant trois ou quatre jours pour réparaître ensuite.

Toutes les fois elle éprouve des douleurs très violentes dans le ventre et surtout dans les reins.

Elle ne se souvient pas de l'époque de ses dernières règles, pendant sa grossesse, son appétit a beaucoup diminué et elle a eu des vomissements, mais aucun prodrome de l'éclampsie.

Le dimanche 6 avril, la malade se lève bien portante à 6 heures du matin et commence à vaquer à ses occupations habituelles.

Vers 7 heures on la trouve couchée sur son lit et sans connaissance, le docteur appelé immédiatement constate l'éclampsie. Pendant toute la journée, alternative d'accès et de coma. Elle a eu sept attaques avant d'être amenée à l'hôpital.

A 4 heures 1/2 du soir elle est amenée dans le service, à ce moment la malade était encore dans le coma.

A l'examen on constate une bouffissure de la face, des paupières et des membres inférieurs. Température 39 degrés.

L'utérus est développé comme pour une grossesse de 6 mois 1/2 environ. L'enfant est vivant, car à ce moment les bruits du cœur sont très nets.

Le col est long, fermé, et la femme semble ne pas perdre d'eau. L'urine recueillie au moyen de la sonde contient 7 grammes 1/2 d'albumine.

La malade est soumise au régime lacté, potion et lavements au choral, chloroforme pendant les accès.

A 4 heures 50 une crise se déclare avec tous les caractères d'un accès d'éclampsie. Durée 10 minutes, puis de nouveau coma, qui dure jusqu'à 6 heures 25, moment où un autre accès se déclare et qui dure 5 minutes, puis à 6 heures 50, à 8 heures 20 et à 8 heures 40, accès avec période de coma intermédiaire.

A 8 heures 1/4, l'état de la malade est de plus en plus menaçant, la face est congestionnée, la respiration pénible, la température est de 40 degrés.

M. le Dr Ribemont-Dessaignes pratique alors une saignée de 560 grammes.

Pendant la saignée un accès se déclare qui dure 4 minutes, coma et dernier accès, à 8 heures 40. La malade reste dans le coma jusqu'au lendemain matin 9 heures.

Dans les 24 heures on a recueilli 1,000 grammes d'urine. 1 gramme d'albumine.

Le 11 avril à 5 heures du soir a lieu la rupture spontanée des membranes avant le début du travail.

La dilatation est complète à 7 heures 1/4 du soir et à 7 heures 1/2 a lieu l'accouchement spontané.

L'enfant du sexe masculin, présente de légères traces de macération qui montrent qu'il a dû mourir pendant le dernier accès d'éclampsie. Il pèse 1,050 grammes.

La durée du travail a été de 2 heures 1/2. La délivrance naturelle se fait 25 minutes après l'accouchement. Le liquide amniotique est chocolaté, les annexes n'offrent rien de particulier.

A partir de ce moment la malade n'a plus présenté de crises, ni d'accidents éclamptiques.

Le sixième jour après l'accouchement, la malade se plaint de douleurs dans la cuisse et dans la jambe gauche, une phlébite se déclare,

Pendant six semaines la température n'a pas dépassé 37°6.

Cette femme quitte l'hôpital en bon état, le 14 juin 1890.

Se borner, par conséquent, à attendre que l'accouchement se termine naturellement, ne pas tenter de prolonger la grossesse, telle doit être la conduite du médecin, quand il est appelé auprès d'une femme atteinte d'albuminurie ou d'éclampsie et chez qui vient de se produire la rupture prématurée et spontanée des membranes.

Il peut arriver que le médecin constate le parfait état de santé de sa cliente, les urines sont normales, l'enfant est vivant et néanmoins si l'éclatement précoce des enveloppes de l'œuf a lieu chez cette femme, il le considère comme un événement heureux.

C'est que très souvent le bassin n'est pas normalement constitué, il est rétréci ou malformé. La rupture prématurée et spontanée des membranes longtemps avant le terme de de la grossesse, peut, en déterminant l'accouchement, permettre le passage d'une tête, qui ne s'engagerait même pas, si on retardait de quelques semaines la naissance. Là, le médecin doit bien se garder de ralentir l'action de l'utérus :

qu'il nous soit du reste permis sur cette question d'invoquer l'autorité de M. le Professeur Tarnier qui, dans une clinique du 20 juin 1891, publiait l'observation suivante :

OBSERVATION XII. — Il s'agit d'une femme qui est arrivée à l'hôpital perdant de l'eau, le 14 juin 1891.

C'était, dit M. le professeur Tarnier, une deuxième grossesse, cette femme allait être à terme — je me rectifie, elle n'était pas loin de son terme. Elle avait, en effet, eu ses dernières règles du 8 au 11 octobre et pouvait, par conséquent, être à terme le 14 juillet, c'est-à-dire dans moins d'un mois.

Mais elle a eu des douleurs dans le ventre le 14 juin et, lorsque le 15 nous l'avons examinée, nous avons trouvé qu'elle perdait de l'eau, elle nous a dit avoir des pertes semblables depuis le 13, c'est-à-dire depuis trois jours. L'examen nous a fait constater une présentation du sommet. La femme a les tibias légèrement — très peu incurvés — et à convexité interne. Son bassin est bien conformé, mais il n'a pas la largeur voulue, car le diamètre promonto-sous-pubien mesure seulement 10 centimètres, ce qui, déduction faite, porte le diamètre réel du bassin à 9 centimètres. Nous avons donc là un bassin notablement rétréci, mais dont la conformation est bonne.

Cette femme perdait de l'eau depuis trois jours — qu'est-ce que cela pouvait être ? Était-ce de l'hydrorrhée ou une rupture prématurée des membranes ? Il n'y avait pas à hésiter, c'était une rupture prématurée et cela nous pouvions l'affirmer en nous basant sur ce fait que la perte se répétait et qu'elle se produisait surtout chaque fois qu'on touchait la femme ou que l'enfant remuait, toutes choses qui n'ont pas lieu dans l'hydrorrhée.

Je portai le diagnostic de rupture prématurée des membranes. La femme fut mise au repos. Il arrive quelquefois qu'une grossesse se poursuit même pendant un mois après la rupture des membranes..... Ici pouvait-on, devait-on faire attendre ?

Non, on ne le devait pas, parce que la femme était enceinte de huit mois, c'est-à-dire se trouvait à un moment où l'enfant est parfaitement viable et on ne le pouvait ni ne le devait, parce que le bassin avait un rétrécissement tel qu'il n'eût pas été prudent de laisser aller la gros-

sesse jusqu'à terme en raison des difficultés qu'on aurait rencontrées pour l'expulsion de l'enfant.

Nous laissâmes donc aller les choses sans plus nous opposer à l'accouchement et, deux jours après, la femme a accouché spontanément d'un enfant qui est bien conformé et qui vit.

CHAPITRE VIII

De la conduite à tenir quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant la grossesse et que l'enfant est mort.

Nous avons, à l'aide d'une magistrale observation de M. le professeur Depaul, décrit les accidents qui résultent de l'entrée de l'air dans l'œuf, lorsque les membranes sont rompues et que le fœtus mort continue à séjourner dans l'utérus. Nous avons insisté sur la rapidité avec laquelle l'enfant qui a succombé se putréfie et nous avons montré l'infection de l'organisme maternel.

Nous devons maintenant rechercher quels sont les moyens les plus propres à secourir la mère, c'est-à-dire que nous devons étudier par quels moyens on parviendra à extraire, promptement, de la matrice, cet enfant, cause de tout le mal.

Depuis fort longtemps la question de l'intervention a occupé les accoucheurs. On fut d'abord très timide.

Gardien conseillait de ne pas intervenir, Cazeaux, Jacquemier, Depaul, Dubois se contentaient d'extraire ce qui se présentait à la vulve ou dans le vagin et de soutenir les forces de la malade avec des potions alcooliques et toniques. Il faut dire, du reste, que l'on connaissait peu ou même pas du tout l'antisepsie.

Pourtant en 1866, nous voyons à la suite d'une observation publiée par M. Rœis, docteur de la Faculté de Stras-

bourg, quelques réflexions indiquant que l'usage des injections intra-utérines commence à se répandre.

Voici, du reste, cette observation résumée :

OBSERVATION XII. — *Rupture prématurée des membranes non suivie de l'expulsion du fœtus. — Putréfaction. — Extraction du squelette. Accidents graves. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 28 ans, brune, qui a déjà accouché en janvier 1863, d'un enfant mort venu par la tête, chez qui la délivrance a été difficile et chez qui on a laissé quelques débris de placenta. Elle eut à la suite de ces incidents, un phlegmon puerpéral, qui suppura, s'ouvrit spontanément au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane.

Elle resta dix-sept semaines au lit, eut pendant deux ans des douleurs dans les reins. C'est en 1865 seulement que reparurent les règles, qui revinrent des lors régulièrement.

Vers Pâques de 1866, suppression des règles; phénomènes de grossesse du côté des seins, du ventre, salivation. Mais jamais la femme n'a senti les mouvements de l'enfant.

Vers le commencement d'octobre, la femme qui venait d'uriner (avant le jour) se recouche et se sent mouillée. Elle se relève croyant à une fausse couche, elle rend par le vagin environ trois litres d'eau citrine.

Douleurs dans la région hypogastrique et inguinale, elle se couche, tout se calme, et elle reprend ses occupations pendant 10 jours environ et fait même un voyage de quelques lieues.

Elle rentre avec un frisson violent, chaleur très grande, transpiration, maux de tête. Elle se plaint de douleurs épigastriques très vives, d'oppression, elle est prise de vomissements. Pendant deux jours elle est agitée de frissons qui paraissent périodiquement : alors elle fait appeler le D^r Raeis.

Le D^r Raeis examine la malade, trouve dans l'utérus une tumeur molle; le col est très élevé et assez rigide. En arrière dans le cul-de-sac péritonéal, il constate la présence d'une saillie allongée ayant la forme de la pulpe du doigt, non dépressible. Le toucher est douloureux, le doigt revient souillé de liquide sanieux, noirâtre et fétide.

M. Raeis ordonne des cataplasmes sur le ventre, et prescrit des lavements et une potion opiacée.

Le lendemain, 25 octobre 1866, mieux sensible. Au toucher, le doigt s'engage dans le col, douleurs vives. Nouveaux cataplasmes.

Le 26 octobre, on montre au Dr Raeis du pus dans le vase de la malade. Dans le cul-de-sac postérieur, en touchant, M. le Dr Raeis ramène de petits os.

Cataplasmes, vin, bouillon.

Le 27, le 28, le 29 on continue à retirer des fragments d'os.

Le 30 nouvelle poussée fébrile et perte de sang fétide avec caillots noirâtres. On extrait pas mal d'os, et même une portion de crâne fœtal. Hémorrhagie très abondante qui nécessite l'emploi du seigle ergoté. La malade est dans un état lypothymique.

Cet état se prolonge le 31 octobre jusqu'à minuit.

Le 1^{er} novembre on retire encore deux os du crâne. Cataplasmes. Toniques.

Le 5 novembre la malade se sent mieux, le pouls est régulier, la langue humide, la peau fraîche. On rencontre pourtant encore un radius dans le vagin.

Le 7 novembre la malade semble avoir expulsé le squelette entier du fœtus, car l'exploration la plus attentive ne décèle plus rien. La femme est anémiée, mais la fièvre a disparu et avec elle l'écoulement vaginal.

Le 25 novembre, la malade va tout à fait bien et est guérie. Le col est court et élevé, son orifice presque fermé, il existe quelques brides dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

« La malade, dit M. le Dr Raeis, était placée dans des conditions hygiéniques défavorables et habitant la campagne, il ne nous a pas été possible de faire les injections intra-utérines qui eussent pu neutraliser l'intoxication générale par les liquides septiques accumulés dans la cavité de la matrice. »

Extrait de la *Gazette Médicale de Strasbourg*. (Année 1873.)

En 1876, dans la *Gazette obstétricale*, M. le Dr Lizé publiait une suite d'articles pour répondre à cette question. : « Quand le fœtus est mort, doit-on provoquer son expulsion ou bien attendre qu'elle se fasse naturellement ? » Il montrait par une

série d'observations combien il fallait respecter l'intégrité des membranes lorsque l'œuf est entier et que le fœtus y est mort, combien l'accouchement se fait facilement et naturellement dans ce cas, à condition que la poche des eaux n'éclate que quelques instants avant l'expulsion de l'enfant.

Par une autre série d'observations, il avertissait l'accoucheur du danger que court la mère, quand, au contraire, la rupture des membranes se fait prématurément et spontanément et il disait : « Il ne faut pas laisser longtemps le fœtus mort dans la cavité utérine, une fois les membranes rompues. » Si le col est dilatable ou dilaté, l'intervention est facile. Sinon, il convient d'employer soit l'éponge préparée, la laminaria ou d'autres moyens. En résumé « vider la matrice le plus tôt possible, telle est la règle qui doit guider l'accoucheur ». Il conseillait aussi après l'accouchement le^s injections intra-utérines, et recommandait de ne pas laisser de produits infectants dans l'utérus.

C'était aussi l'opinion d'Angus Mac-Donald, celle de Fehling, qui proposaient même dans le cas où quelques produits septiques seraient restés dans la cavité utérine, de cureter cette dernière et en tout cas de pratiquer de nombreux lavages utérins et vaginaux.

M. le D^r Dubourg, dans une thèse soutenue en 1883-1884 devant la Faculté de Paris, vantait les bienfaits du sublimé employé en injections vaginales et utérines en obstétrique et surtout dans la putréfaction fœtale.

Nous citerons enfin le travail de M. le D^r Pacaud sur la conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, thèse de Paris, soutenue en 1886.

D'après M. le D^r Pacaud, quand les membranes sont rom-

pues : ou bien il n'y a pas d'odeur, ni d'écoulement, le pôle fœtal forme bouchon, et dans ce cas on doit attendre. Mais néanmoins il est indispensable de filtrer l'air qui arrive dans l'utérus et de le stériliser ; on peut y parvenir en bourrant le vagin d'ouate antiseptique et de tampons iodoformés.

Dans un second cas, dit M. le Dr Pacaud, il sort par le vagin un écoulement fétide. Il faut intervenir. Si le travail ne se déclare pas il faut dilater le col. On peut pour cet effet user des injections intra-utérines chaudes intermittentes, c'est un moyen médiocre. On peut introduire dans l'utérus une algalie flexible, c'est le moyen de Krause, mais il expose au décollement du placenta. On peut de même user d'une bougie flexible, qui sera moins dangereuse. Les deux meilleures méthodes, d'après M. le Dr Pacaud, consisteraient à provoquer la dilatation du col, soit à l'aide de l'excitateur Tarnier, soit avec l'aide d'un ballon de Barnes. C'est même à ce dernier procédé que M. le Dr Pacaud accorde la préférence. On doit extraire alors très rapidement le fœtus, employer pour la délivrance plutôt la méthode de Crédé ou méthode d'expression, vérifier avec le plus grand soin le délivre (ordinairement la caduque est retenue), faire une injection intra-utérine antiseptique et appliquer un pansement iodoformé.

Nous croyons qu'il nous sera difficile d'ajouter encore quelque chose aux sages recommandations de M. le Dr Pacaud.

Nous nous contenterons d'insister encore davantage sur la rapidité avec laquelle il faut tenter l'extraction, d'indiquer quelles méthodes nous avons vu employer et réussir et nous

apporterons ainsi avec nos observations, nous l'espérons, quelques documents de plus à l'histoire de l'intervention dans la rupture prématurée et spontanée des membranes pendant la grossesse avec fœtus mort.

L'accoucheur, lorsque les membranes éclatent sans que le travail soit déclaré, lorsque l'enfant a succombé, fera bien de se conformer à deux règles :

1° Il doit provoquer le travail par les moyens les plus prompts.

2° Il est indispensable qu'il fasse l'antisepsie la plus rigoureuse.

Comment peut-on provoquer le travail ? Après M. Pacaud, il nous est difficile d'indiquer quelque nouveau procédé. Nous nous rangeons absolument à son avis et nous pensons avec lui que la sonde introduite dans l'utérus entre l'œuf et la paroi utérine peut parfois décoller le placenta et amener des hémorrhagies.

Nous croyons que l'excitateur de M. le Professeur Tarnier peut très bien faire naître les contractions utérines et que son emploi est très commode : nous avons vu souvent ses succès entre les mains de notre maître M. Ribemont.

Mais nous accordons plus volontiers nos préférences aux sacs violons de Barnes ou surtout au ballon de M. Champetier de Ribes.

Le but qu'on se propose en effet est d'obtenir dans le délai le plus bref une dilatation suffisante pour laisser passer l'enfant. Les ballons de M. Champetier de Ribes semblent particulièrement propres à cet usage. Ils sont en toile caoutchoutée, beaucoup plus solides et plus résistants que les sacs violons de Barnes, ils atteignent en se gonflant un volume

plus considérable que ces derniers et il est de règle, lorsqu'on les applique, qu'en quelques heures la dilatation soit complète.

On aura soin, quand on voudra les employer, de les faire baigner dans une solution antiseptique assez puissante (liqueur de Van Svielen). On procédera avant l'application à un lavage complet des organes génitaux avec une solution de sublimé au $\frac{4}{2000}$, on fait une injection vaginale. On saisit le ballon avec une pince spéciale préalablement flambée et on l'introduit dans le col. On gonfle en injectant dans le ballon qui est muni d'un robinet, une solution de sublimé, au $\frac{4}{2000}$ ou une solution boriquée au $\frac{4}{100}$. Il est très facile de retirer la pince dès que le ballon commence à gonfler.

Si la rigidité du col ne permet pas de placer tout de suite le ballon de Champetier de Ribes, on pourra commencer par agir sur le col avec le ballon Tarnier.

Ou bien encore et ce sera préférable, on chloroformisera la femme et on tentera de faire pénétrer dans le col un doigt ou deux, ou bien encore — un dilatateur pour tâcher d'obtenir le passage du ballon de Champtier, qu'on laissera jusqu'à ce qu'il soit expulsé.

Au bout de six heures généralement, la dilatation est complète et permet le passage de l'enfant ou tout au moins des instruments. Car il ne faut pas hésiter, si l'accouchement ne s'accomplit pas tout seul, à pratiquer toutes les opérations nécessaires pour l'extraction du fœtus. D'autant plus que comme l'enfant est mort, on n'a de ménagements à garder qu'envers la mère. On pourra donc sans crainte tenter une basiotripsie, si elle est indiquée, ou une embryotomie, ou

même une simple application de forceps, ou une version par manœuvres internes.

Nous devons ajouter, pour nous conformer à la seconde règle que nous avons inscrite en tête de ces quelques conseils, que l'accouchement sera suivi des soins d'antisepsie les plus minutieux, toilette vulvaire, injections vaginales, injections utérines, au besoin irrigation continue d'emblée.

Voici quelques exemples de bons résultats de cette pratique.

OBSERVATION XIV. — *Accouchement provoqué dans un cas de rupture prématurée et spontanée des membranes avec fœtus mort.* (Extrait des registres de la Maternité de Beaujon.)

C... Marie, femme Fl..., couturière, multipare, âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 4 mai 1889, à 9 heures 1/2 du matin.

Cette femme est bien constituée et n'a jamais fait de maladie. Elle est réglée, depuis l'âge de 17 ans, régulièrement trois jours par mois, peu abondamment.

A l'âge de 18 ans elle devint enceinte pour la première fois, trois ans après seconde grossesse, suivie bientôt d'une troisième. Elle accoucha spontanément à terme et les trois enfants naquirent vivants.

A cette époque le mari contracta la syphilis et ne se fit pas soigner. La femme resta toujours indemne, mais elle eut successivement à terme quatre enfants morts et macérés.

La grossesse actuelle remonte à une époque ignorée, la malade n'ayant aucun souvenir de ses dernières règles.

Dans les premiers jours d'avril, les mouvements actifs de l'enfant cessèrent tout à coup.

Le 4 mai, la mère vient à l'hôpital demander une consultation. En la découvrant on constate que le ventre est très volumineux. La grossesse paraît à terme et il y a hydropisie de l'amnios. Les parois abdominales sont peu tendues. Le fœtus est mobile et se déplace à volonté.

Pas de bruits du cœur fœtal.

Le col est long, ouvert avec des bords épais, la lèvre antérieure du museau de tanche est œdématiée.

Urine normale. Bassin bien conformé. Cinq jours après son entrée dans l'hôpital, la malade qui n'avait aucune douleur, perd les eaux. Pendant 24 heures, le liquide s'écoule et le travail ne se déclare pas.

Pour éviter la putréfaction de l'enfant macéré, M. Ribemont décide de provoquer les contractions utérines.

A cet effet, il fait donner du chloroforme à la malade, le 10 mai à 9 heures du matin, et il introduit dans la cavité utérine un ballon Champetier de Ribes.

A 3 heures du soir, les douleurs apparaissent d'une façon suivie. A 9 heures la dilatation est complète. Le ballon est expulsé et la parturiente accouche d'une fille macérée, dont la mort paraît remonter à un mois.

La délivrance a lieu spontanément à 9 heures 1/2. Suites de couches normales.

La femme est partie en bon état le 16 juin 1889.

OBSERVATION XV. — *Fœtus mort et macéré. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Retrecissement du bassin. — Le travail n'avance pas. — Lochies fétides, irrigations antiseptiques d'eau à 48°. — Dilatation avec les sacs de Barnes. — Basiotripsie.* (Communiquée par M. le professeur PINARD à M. PACAUD, pour sa thèse.)

Il s'agit d'une femme de 45 ans, journalière, qui entre à la Clinique le 23 janvier 1887. C'est une primipare, rachitique, qui a marché à 4 ans et a été réglée à 17 ans.

Les dernières règles datent du 27 mars 1886. Pas d'accidents pendant la grossesse.

Les premières douleurs ont apparu dans la nuit du 22 au 23 janvier. Rupture prématurée et spontanée des membranes. Ecoulement de liquide amniotique.

Malgré des contractions utérines très douloureuses, le travail n'avance pas et la dilatation du col ne s'effectue pas. On amène la malade à la Clinique le 23 à 10 heures du matin.

L'examen révèle l'existence d'un fœtus qui paraît avoir succombé depuis quelques heures. Il y a un écoulement de méconium. M. le professeur Pinard prescrit un bain et un pansement vaginal iodoformé.

Le 24, les contractions sont faibles, très espacées. La dilatation est toujours au même point. M. le professeur Pinard fait donner des irrigations intra-utérines avec une solution antiseptique à 48° toutes les 15 minutes. On fait un pansement vaginal iodoformé.

Le soir à 4 heures les lochies deviennent fétides. On introduit un dilatateur de Barnes n° 2 qu'on laisse en place jusqu'au lendemain.

Le 25, dilatation comme 5 francs. M. le professeur Pinard se décide à faire une perforation du crâne et prescrit des lavages intra-utérins et intra-crâniens.

Le 26 il n'y a ni putréfaction, ni fièvre. M. Pinard pratique alors une basiotripsie avec le basiotribe de M. Tarnier et extrait l'enfant.

Suites de couches normales.

La mère sort guérie le 25 février 1887.

TROISIÈME PARTIE

DE LA CONDUITE A TENIR QUAND LA RUPTURE PRÉMATURÉE ET SPONTANÉE DES MEMBRANES A LIEU PENDANT LE TRAVAIL.

CHAPITRE IX

De la conduite à tenir lorsque la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant le travail et que l'enfant est vivant.

Nous inscrirons encore une fois en tête de cette dernière partie de notre étude le principe que nous avons cru devoir formuler plus haut. Lorsque la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant le travail, il est très important que le praticien fasse très attentivement un diagnostic complet.

A.— C'est ainsi, en effet, qu'il peut reconnaître que la présentation est bonne et que l'accouchement sera normal. L'accouchement sera-t-il plus difficile, parce qu'il y a eu éclatement précoce de la poche des eaux et la conduite de l'accoucheur doit-elle dans ce cas différer de celle qu'il tiendrait dans un accouchement vulgaire ?

Les anciens, même dans le cas de bonnes présentations, présentations du sommet, redoutaient fort les couches sans eaux, qu'ils appelaient couches sèches.

Et Capuron disait encore en 1811, que le fœtus serré de

toutes parts, est exposé à l'apoplexie et à la mort; l'accouchement ne peut se terminer sans le secours de l'art. »

M. Hugenberger allait même jusqu'à proposer dans les cas où l'eau s'est écoulée et où le col tarde à se dilater, de remplacer la poche des eaux par une vessie du genre de celles dont on se sert pour provoquer l'accouchement. Et même il conseillait de pousser des injections dans l'utérus pour remplacer le liquide amniotique absent.

Il est vrai que Nœgele affirmait bientôt après que la rupture prématurée et spontanée des membranes ne retardait en rien l'accouchement.

Chailly essayait de prouver que l'éclatement précoce de la poche des eaux n'empêche pas le travail de se faire en temps normal. Son avis était partagé par Dubois, Depaul, Mattheus Duncan, puis par leurs élèves Omiezensky, Roulin, Roisin qui trouvent même que la rupture prématurée et spontanée des membranes accélère le travail.

En 1885, M. Kemper d'Indiana concluait un opuscule important sur ce sujet en écrivant « que la durée du travail est abrégée dans les cas où les douleurs ont paru peu après la rupture des membranes ». Et il ajoutait que « la crainte du retard dans le début du travail et que la peur des dangers courus dans les cas de travail sec, décrit par les Pères de l'obstétrique et répété par les générations successives, sont dénuées de fondement et que ce sont de ces traditions médicales que l'expérience nous prouve être exagérées ».

Eisenhart, dans les considérations sur les causes et les conséquences de la rupture des membranes aux diverses périodes de l'accouchement, en 1889, déclare que la durée du tra-

vail est d'autant plus longue chez les primipares que la poche des eaux éclate plus tard : c'est le contraire chez les multipares. Les douleurs sont plus précoces et plus vives dans les ruptures prématurées.

Egan, en 1890, se range à l'avis de Kemper et pense que le travail est plus court lorsque les membranes sont rompues depuis longtemps.

Si le médecin n'a donc pas à s'inquiéter ni de la durée du travail, ni du danger des couches sèches, nous pensons qu'il doit se comporter vis-à-vis d'une femme chez qui les membranes de l'œuf sont rompues depuis longtemps comme il se comporterait vis-à-vis d'une femme qui accoucherait sans avoir éprouvé aucun accident au préalable.

Il doit laisser, puisque l'enfant est vivant, au col tout le temps pour s'effacer et se dilater, sans intervenir. Il vaut mieux pratiquer le toucher le moins possible, de façon à conserver encore dans l'utérus le liquide qui peut y être resté. Il ne serait, à notre avis, pas inutile de donner, pendant le travail, à la malade des injections vaginales antiseptiques tièdes, assez nombreuses, de façon à amollir le plus possible les tissus maternels, ceux-ci étant, d'après M. Eisenhart, plus exposés aux délabrements.

Puis lorsque la dilatation du col sera complète, l'accouchement se terminera comme d'ordinaire. Pour la délivrance, si par hasard, il y avait insertion vélamenteuse du cordon, on s'adresserait à la méthode de Crédé, méthode d'expression. Nous rappelons que M. Poulet de Lyon a le premier signalé ce fait et qu'il fut, après avoir brisé le cordon, obligé, dans un accouchement, d'aller avec la main chercher le placenta resté dans l'utérus.

Il peut arriver que le travail n'avance pas assez vite et que la parturiente n'ait plus suffisamment de forces pour pousser. Dans ce cas, on ne doit pas hésiter à tenter une application de forceps.

Nous citons ici deux observations recueillies dans les registres de la Maternité de Beaujon et qui prouvent que dans la rupture prématurée et spontanée pendant le travail, on doit se conduire comme si rien d'anormal ne s'était passé.

OBSERVATION XVI. — *Rétrécissement du bassin. — Inertie utérine. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Application de forceps faite par M. Vilpelle* (Extraite des registres de la Maternité de Beaujon).

M. . . , 23 ans, primipare, entre dans le service de M. Ribemont-Dessaignes le 21 janvier 1891 à 10 heures du matin.

Régulièrement réglée, elle a eu ses dernières règles le 27 avril 1890.

Le palper montre le sommet au détroit supérieur, non engagé et très mobile, le dos est à gauche et le siège au fond de l'utérus. Les bruits du cœur sont entendus à gauche de la ligne médiane au-dessous de l'ombilic.

Au toucher le col est court, ouvert dans toute son étendue, les membranes intactes. Le sommet, très élevé, fuit sous les doigts. Cependant il empêche d'atteindre l'angle sacro-vertébral.

Dans la nuit du 21 au 22 janvier les premières douleurs apparaissent et les membranes se rompent spontanément le 22 janvier à 10 heures 1/2 du matin, la dilatation étant comme une petite paume de main.

La dilatation n'est complète qu'à midi.

Les douleurs qui étaient fortes au début, diminuent bientôt de fréquence et d'intensité.

Le sommet qui se présentait en G P n'a aucune tendance à se rapprocher des pubis et n'avance pas. À 3 heures 30, M. Vilpelle, interne du service, se décide à intervenir et à faire une application de forceps.

Avant de placer la branche gauche, la rotation artificielle de la tête est faite avec la main droite, les branches sont mises en place et arti-

culées avec une facilité relative, mais il y a une grande difficulté à faire l'extraction. Cependant la tête se dégage et le reste se fait rapidement après avoir passé sur la tête un circulaire très serré.

L'enfant, un garçon, pèse 3,000 gr., mesure 49 cent. Il présente un léger degré de paralysie faciale.

La délivrance naturelle a lieu 15 minutes après une légère déchirure de la fourchette, qui nécessite deux serre-fines.

Il y a aussi une hémorrhagie assez abondante du clitoris. 5 serre-fines sont placées et l'hémorrhagie cesse.

En faisant l'injection intra-utérine, on trouve l'angle sacro-vertébral très en avant. Le diamètre P. S P mesure 10 1/2.

Suites de couches normales. L'enfant et la mère sortent bien portants de l'hôpital.

OBSERVATION XVII. — *Application de forceps, faite par M. LEGRAND pour modification des bruits du cœur et inertie utérine. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Décollement prématuré du placenta. Légère hémorrhagie avant l'accouchement. — Sommet dégagé en O S.* (Extraite des registres de la Maternité de Beaujon).

F. . . , 31 ans, cuisinière, est déjà accouchée une fois spontanément d'un enfant à terme. D'une bonne constitution, cette femme est habituellement bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Elle entre à l'hôpital le 9 avril 1891 à 9 heures 45 soir.

Elle a eu ses dernières règles le 18 juillet, elle est donc enceinte de 8 mois 1/2 environ. A son arrivée dans la salle on trouve par le palper le dos à droite et en arrière, le siège au fond de l'utérus et un sommet mobile est au niveau du détroit supérieur. Les bruits du cœur sont entendus sur la ligne médiane.

Toucher. Dilatation comme un franc, un sommet élevé se présente en D P, membranes rompues. L'urine ne contient pas d'albumine.

Les douleurs qui avaient commencé à 9 heures du soir sont énergiques et la dilatation est complète le 10 avril à 1 heure 20 du matin. La tête descend sur le plancher du bassin en deux ou trois douleurs, mais arrivée là, elle ne progresse plus, la femme commence à perdre et les battements du cœur deviennent irréguliers. Les douleurs qui jusqu'à ce moment avaient été très fréquentes, disparaissent presque complè-

tement, on ne peut donc espérer un accouchement prompt, alors l'interne décide de terminer l'accouchement à l'aide de forceps ; à ce moment il s'aperçoit qu'il y a eu perversion du mouvement de rotation et qu'il se trouve en présence d'un sommet en O S.

Il essaie de ramener l'occiput derrière le pubis, mais en vain. Malgré cela, l'application du forceps se fait facilement et à 2 heures 40 du matin, extraction d'une fille qui est ranimée après quelques frictions. Poids 2650 gr. Cet enfant présentait autour du cou deux circulaires très serrés qu'il a fallu sectionner.

Délivrance naturelle 15 minutes après, le placenta est complet, le cordon mesure 56 cm.

Suites de couches normales. La mère et l'enfant sortent en bon état le 20 avril 1891.

B. — Si le médecin constate que la présentation de l'enfant est mauvaise, il doit s'efforcer de la changer.

Si c'est une présentation de l'épaule, il ne doit pas négliger de tenter une version par manœuvres externes, ou par la méthode de Braxton Hicks ; s'il n'y réussit pas, il faut attendre que le travail soit suffisamment avancé pour permettre de faire la version par manœuvres internes.

C. — Nous avons déjà signalé la fréquence des procidences du cordon, dans la rupture prématurée et spontanée des membranes pendant le travail.

Si l'accoucheur reconnaît une procidence du cordon, il doit immédiatement pratiquer la rétropulsion. Notre maître, M. Ribemont-Dessaignes conseille, de la faire suivre d'une application du ballon de M. Champetier de Ribes. Il repousse de cette façon la tête assez haut pour que le cordon ne puisse s'engager entre elle et le bassin. Si l'accouchement ne se termine pas spontanément au moment de l'expulsion du ballon, on procèdera à l'extraction de l'enfant soit avec le forceps, soit à l'aide d'une version par manœuvres internes.

Sauf l'emploi du ballon de M. Champetier, c'est ainsi qu'on s'est conduit dans l'observation suivante.

OBSERVATION XVIII. — *Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Version par manœuvres externes. — Compression et procidence du cordon. — Application de forceps.* (Recueillie par nous dans le service de M. RIBEMONT-DESSAIGNES à Beaujon.)

La femme Antoinette D. âgée de 38 ans, ménagère, entre le 16 octobre 1891 dans la salle Paul Dubois, service de M. Ribemont-Dessaignes à l'hôpital Beaujon.

Cette femme a toujours été bien réglée depuis l'âge de 18 ans, elle a eu des écoulements d'oreille pendant une dizaine d'années, et une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans. Elle s'est mariée à 32 ans, elle eut un enfant un an après. L'enfant est mort en naissant; il s'était présenté par le siège, mode des pieds; un fait à signaler, c'est que dans ce premier accouchement elle perdit les eaux à 8 heures du soir et n'accoucha qu'à une heure de l'après-midi le lendemain.

En mars 1886, elle devint pour la seconde fois enceinte, la grossesse fut très facile, alla jusqu'à terme, l'enfant est venu par le sommet, mais ici encore nous devons insister sur ce point que la rupture des membranes eut lieu deux jours avant l'accouchement, l'enfant est vivant.

Elle est aujourd'hui enceinte pour la troisième fois, ses dernières règles datent du 15 au 20 janvier 1891. Sa grossesse n'a présenté aucune particularité. Elle a senti remuer dans les commencements de juin.

Examen de la malade. — Le ventre est très volumineux, très tendu, la quantité de liquide semble être très considérable, l'abdomen pend en avant en besace.

On entend des battements fœtaux sur la ligne médiane. Au palper on sent dans la fosse iliaque gauche une tête assez volumineuse, l'enfant qui est gros a le dos tourné en avant et semble placé en A I D. Le toucher permet difficilement d'arriver sur un col long, situé très en arrière, mollasse. Il n'y a pas d'engagement. Le bassin est normalement constitué.

Le 7 novembre à 11 heures du soir, Mme Antoinette D. . . se sent tout à coup mouillée par un petit flot de liquide, et peu de temps après.

commence à sentir des douleurs de reins. Elle entre en travail et perd un peu d'eau à chaque douleur.

La position de l'enfant n'a néanmoins pas changé, la tête n'est pas descendue, le col est long, mou.

Diagnostic. — Rupture prématurée et spontanée de la poche des eaux.

Comme la tête reste fixée sur le côté gauche, M. Legrand, interne du service, se décide à faire une version par manœuvres externes, de façon à amorcer la tête sur le bassin et transformer une position de l'épaule en présentation du sommet.

L'opération est faite sans difficulté et presque sans douleurs; on fixe la tête avec la ceinture eutocique de M. le professeur Pinard et le lendemain matin à 11 heures, quand nous examinons la femme, la tête est immobilisée et a des tendances à descendre, le col commence à s'effacer et présente une disposition en entonnoir qui permet d'atteindre l'orifice interne. On retire la main baignée d'eau à chaque contraction utérine, mais on sent bomber une poche des eaux. Il est donc probable que la rupture de la poche s'est faite en un point assez élevé.

8 novembre, midi. — Les douleurs semblent se rapprocher, la femme ne cesse de gémir. Pendant toute la journée le travail avance très peu et la femme n'arrête pas de se plaindre. La nuit se passe sans que la dilatation du col soit complète et sans que la tête de l'enfant s'engage davantage.

9 novembre. — A 7 heures du matin, M. Legrand, interne du service, appelé, constate que les battements fœtaux se ralentissent. Ecoulement de méconium. Il tente une application de forceps au détroit supérieur. Au moment où la tête commence à se détacher, il se fait sous l'application de la cuiller postérieure une procidence d'une quantité considérable de cordon.

M. Legrand, après avoir essayé de réduire la procidence, termine très rapidement l'extraction et amène un enfant mort qui ne fait plus d'inspirations.

La tête de l'enfant est très ossifiée, la fontanelle antérieure existe à peine, le chevauchement des os de la tête est impossible.

Le cordon a une longueur de 96 centimètres et l'enfant très gros pèse 4,900 grammes et mesure 60 centimètres. Malgré les efforts d'insufflation l'enfant ne peut être ranimé.

Délivrance normale. L'examen du placenta et des membranes ne fait rien découvrir d'intéressant. Les membranes ne sont rompues qu'au point de passage de la tête de l'enfant, il est donc vraisemblable que les deux déchirures se sont fusionnées lorsque la tête a franchi le col. Suites de couches normales. La mère sort très bien rétablie le 20 novembre.

CHAPITRE X

De la conduite à tenir lorsque la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant le travail et que l'enfant est mort.

La rupture prématurée et spontanée des membranes constitue un grand danger pour la mère, aussi bien pendant le travail que pendant la grossesse, lorsque l'enfant est mort.

Comment le médecin doit-il se conduire pour éviter à la parturiente les accidents redoutables d'infection, dus à l'entrée de l'air dans l'œuf?

Nous pouvons encore une fois dire :

1° Il faut intervenir tout de suite et ne pas laisser séjourner l'enfant mort dans l'utérus.

2° L'antisepsie la plus rigoureuse est indispensable.

Nous allons voir comment on peut appliquer ces règles.

Tout d'abord, nécessairement l'accoucheur doit s'assurer de la présentation et si elle est mauvaise, il pourra toujours essayer de faire une version par manœuvres externes pour tacher de la transformer.

Qu'on réussisse ou qu'on échoue, il importera d'accélérer le plus possible le travail et on y parviendra en introduisant dans le col soit le ballon Tarnier ou le ballon Champetier. Il ne sera pas nécessaire à cet effet de recourir au chloroforme puisque le travail est commencé.

Si la présentation est normale ou bien a été heureusement modifiée, l'accouchement ne tarde pas. Il sera suivi d'injections intra-utérines antiseptiques avec la solution de sublimé

au $\frac{1}{1000}$ ou de bi-iodure de mercure au $\frac{1}{2000}$. On examinera le délivre avec le plus grand soin, de façon à être sûr qu'il n'est pas resté de débris de membranes dans l'utérus.

Si la présentation est vicieuse ou s'il existe une cause de dystocie due au bassin ou à toute autre chose, dès que la dilatation sera complète, on se conformera aux règles obstétricales. Il faudra redoubler de précautions antiseptiques vis-à-vis de la parturiente ; nous conseillons aussi les soins les plus minutieux pour les mains de l'opérateur.

S'il est possible de faire une version par manœuvres internes, on devra la tenter, bien que l'opération soit bien difficile dans le cas de perte prématurée des eaux.

Nous avons vu cette année un cas intéressant dans le service de M. Ribemont et notre ami et collègue M. le Juge de Segrais, qui a recueilli l'observation, a bien voulu nous la confier.

OBSERVATION XIX. — *Bassin généralement petit. — Hydramnios. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Procidence du cordon. — Rupture utérine. — Mort du fœtus. — Version par manœuvres internes. — Guérison de la mère.*

La nommée Caroline R..., blanchisseuse, âgée de 30 ans, est admise le 17 août à l'hôpital Beaujon, salle Paul Dubois, dans le service de M. Ribemont-Dessaigues, suppléé par M. Auvar, elle occupe le lit n° 18.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Antécédents personnels : Pas de traces de rachitisme. Aucune maladie antérieure. Les règles paraissent à 16 ans et dès la première année s'établissent sans douleurs : elles sont normales dans leur retour et dans leur quantité.

La malade a déjà eu 10 enfants et a fait une fausse couche. A l'âge de 17 ans, première grossesse, au sixième mois environ, accouchement prématuré d'un fœtus macéré.

Les huit grossesses suivantes sont normales et régulières : accouchements à terme et faciles. Dixième et onzième accouchements laborieux, applications de forceps faites à l'hôpital Beaujon. Les enfants sont tous venus au monde en bonne santé et bien conformés : neuf sont morts en bas âge. Actuellement un seul est vivant.

Le dernier accouchement remonte à deux ans.

Le 17 août 1891. — Examen de la malade.

Femme de petite taille, maigre, très nerveuse, depuis quatre ou cinq mois toux sèche, principalement le soir, elle prétend que ses crachats sont striés de sang, fait que nous n'avons jamais constaté, l'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal. Les urines examinées avec les réactifs ordinaires ne renferment ni sucre, ni albumine. Elles sont peu abondantes, limpides, de couleur jaune paille.

En découvrant la malade, on constate que l'abdomen est assez volumineux et retombe en avant sur le pubis, ligne brune, très colorée, nombreuses vergetures, varices très développées aux membres inférieurs, aux cuissés surtout où les veines dilatées atteignent le volume du doigt : ces varices datent de la première grossesse et depuis ont toujours augmenté !

Les dernières règles ont paru le 12 décembre 1890, elles ont duré jusqu'au 17 décembre 1890 inclusivement, la malade ne se rappelle pas à quelle époque elle a senti remuer pour la première fois.

Il est difficile de délimiter par le palper le fond de l'utérus, le liquide amniotique est très abondant. On perçoit la sensation de flot, la circonférence de l'abdomen prise au niveau de l'ombilic mesure 1 mètre 02 centimètres.

La malade raconte qu'à chaque grossesse les eaux étaient très abondantes et les enfants volumineux.

Par le palper on trouve le sommet dans la fosse iliaque gauche et le siège dans l'hypocondre droit. Le fœtus est très mobile, sous l'influence de la pression exercée par le stéthoscope sur la paroi abdominale, il se déplace immédiatement, on ne peut préciser le foyer du cœur fœtal.

L'angle promonto-pubien est accessible par le toucher vaginal, nous l'évaluons déduction faite à 8-5. Le doigt atteint péniblement le col utérin situé dans le cul-de-sac latéral gauche et remonte très haut.

Le col est irrégulier, mollasse, déprimé en doigt de gant. 28 août

1891, — M. Auvard suppléant M. Ribemont-Dessaignes examine la malade et constate aussi de l'hydramnios, la circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic est de 1 m. 04. Sommet dans le flanc gauche, transversalement placé ; le diamètre promonto-pubien du bassin généralement petit mesure 9, déduction faite. M. Auvard prescrit un grand bain de une heure tous les deux jours. Quinze gouttes de teinture de digitale dans un julep tous les jours pendant huit jours. On conservera les urines dans un bocal et on mesurera la circonférence de l'abdomen de temps en temps.

6 septembre 91. — Les urines sont plus abondantes, l'abdomen a augmenté de 2 centimètres. La circonférence est de 1 mètre 06.

13 septembre 91. — Le fœtus ayant tendance à occuper la position transversale (tête dans le flanc gauche, battements fœtaux au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane, on pratique une version par manœuvres externes. Ceinturé eutocique.

25 septembre 91. — La ceinture est mal tolérée : elle cause de la douleur et enflamme les veines dilatées de la paroi abdominale. La circonférence abdominale mesure 1 mètre 08. On supprime la ceinture.

D'après l'époque des règles, l'accouchement aura sans doute lieu du 26 au 28 septembre. M. Auvard indique la conduite à suivre. Quand la malade entrera en travail, par manœuvres externes amener le sommet au détroit supérieur, l'y fixer par un bandage, rompre les membranes et évacuer environ un litre de liquide, de façon à immobiliser la tête ainsi amorcée.

26 septembre 91. — Les varices des membres inférieurs ont augmenté de volume. M. Auvard voulant obtenir leur moulage, adresse la malade à M. Baretta. A 3 heures de l'après-midi, on conduit la malade en voiture à l'hôpital Saint-Louis.

27 septembre 91. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. La malade perd de l'eau sans douleurs, ni contractions. On la transporte à la salle de travail.

Le col ne s'efface pas et ne se dilate pas.

2 heures 1/2 du matin. — La malade qui a perdu un litre et demi de liquide n'a ni douleurs, ni contractions, ni modifications du col.

27 septembre, 9 heures, matin. — Aucun signe de travail, léger écoulement de liquide. On ramène la malade dans son lit.

28 septembre. — La circonférence abdominale mesure 1 mètre 06.

Le fœtus est transversalement placé, M. Legrand, interne de service, pratique la version par manœuvres externes, le sommet est maintenu par un bandage de corps et deux tampons d'ouate.

29-30 septembre 91. — Léger écoulement de liquide amniotique. — Pas de travail. Le sommet semble fixé au détroit supérieur.

1^{er} octobre 91. — Apparition des premières douleurs à minuit.

3 heures, matin. — Col effacé, l'orifice du col admet l'extrémité de l'index. 3 heures 1/2. — La dilatation dépasse le diamètre d'une pièce de 50 centimes. On sent à côté du sommet peu mobile une anse de cordon. Les battements du cordon sont bons, mais il s'écoule du liquide teinté de méconium. Bruits du cœur fœtal affaiblis.

4 heures, matin. — Dilatation comme 1 franc. Au moment où l'on retire le doigt, procidence dans le vagin de 20 centimètres environ de cordon. On envoie chercher M. Legrand. — Pulsations lentes du cordon. Ecoulement de méconium. Le col étant dilatable comme 5 francs, on parvient à repousser la tête en haut et à réduire le cordon. Le sommet est de nouveau fixé au détroit supérieur. Il est 4 heures 1/2 du matin, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Les douleurs et les contractions cessent.

9 heures, matin. — Le col est dilaté comme deux francs. Arrêt du travail. En bas et en arrière du sommet fixé, on sent une portion du cordon que n'anime aucune pulsation. Ecoulement de liquide fétide, mélangé à du méconium. Pas de bruits du cœur fœtal.

10 heures 1/2 matin. — Brusquement, sans cause appréciable, la malade éprouve une sensation d'angoisse extrême et un frisson violent agite ses membres, ses extrémités se cyanosent et se refroidissent, elle respire péniblement. Puis rapidement la malade se réchauffe et devient brûlante. Le thermomètre placé dans l'aisselle marque 40°,4. On porte le diagnostic de rupture utérine.

On administre du chloroforme à la malade et, après une toilette vulvaire et une injection chaude de bi-iodure de mercure au $\frac{1}{2000}$, la femme étant en position obstétricale, M. Auvard pratique la version par manœuvres internes. La version est gênée par les contractions utérines et abdominales, les bras se relèvent en arrière de la tête, l'extraction est pénible, il est onze heures. On extrait une fille morte et bien conformée.

Hémorrhagie assez abondante. Injection chaude à 48° de la solution

de bi-iodure : la délivrance est faite par expression, les membranes sont complètes.

Les varices des jambes se sont affaissées, et l'hémorrhagie interne continue ; nouvelle injection à 48°. On introduit la main et constate une déchirure partant de la partie latérale droite du col utérin et remontant jusqu'à la partie moyenne de l'utérus. La rupture semble n'avoir pas intéressé l'utérus au delà de l'insertion des ligaments larges, et la cavité utérine ne communiquerait pas avec la cavité péritonéale.

Temponnement intra-utérin et vaginal avec la gaze iodoformée. Ouate hydrophile sur la vulve. Bandage de corps compressif. Piqûres d'éther. Potion cordiale. Alcool. L'hémorrhagie continue pendant la journée et le pansement vulvaire est traversé à plusieurs reprises.

La malade est très déprimée, les traits tirés, le poulx misérable, filiforme. Température axillaire 35°2. Vomissements verdâtres dans la journée.

Douleur modérée au niveau de la rupture.

20 octobre. — État général meilleur, poulx et facies bons. On laisse en place le tamponnement vaginal. Champagne, alcool, lait, bouillon.

3 octobre. — On enlève le tamponnement, qui exhale une odeur fétide. L'utérus commence à revenir sur lui-même. Injection chaude avec la solution de bi-iodure. On prescrit 4 injections par jour. État général bon.

5 et 6 octobre. — Température 39°, 39°2. Sulfate de quinine 1 gr. Écoulement fétide. On continue les injections.

Les jours suivants la température retombe à la normale. L'écoulement diminue, n'a plus d'odeur, l'utérus revient sur lui-même.

9 octobre. — Phlébite localisée au niveau du genou droit. Pansement ouaté.

29 octobre 1891. — La malade quitte l'hôpital guérie. État général bon. Anémie légère. Par le toucher on constate le bon état de l'utérus et ses annexes.

Mais la version par manœuvres internes n'est pas indiquée, et puis elle est loin de réussir toujours. Gardien disait déjà : « que l'écoulement prématuré des eaux fait courir plus de

dangers à la mère et à l'enfant quand il faut le retourner pour l'extraire, l'utérus étant alors fortement et inégalement contracté sur le fœtus. » Il arrive en effet que la version devient impossible.

Puisque l'enfant est mort, on ne doit avoir de ménagements qu'envers la mère et partant des règles posées plus haut, on ne doit pas laisser séjourner le fœtus mort dans la matrice. Quand c'est la viciation du bassin qui constitue l'obstacle à l'accouchement, si la tête est accessible, on devra donc recourir à la basiotripsie.

Si c'est la présentation vicieuse (épaule) qui empêche l'enfant de sortir, l'opération de choix sera l'embryotomie.

Nous avons déjà donné dans notre étude une observation de basiotripsie, suivie de guérison de la mère.

Nous allons citer quelques observations d'embryotomie, prouvant que les suites de cette opération sont excellentes, quand on y associe l'antisepsie sous forme d'injections utérines ou vaginales ou même d'irrigation continue.

OBSERVATION XX. — *Présentation de l'épaule gauche en acromio-iliac gauche, dos en arrière. — Tentatives de version faites en ville. — Embryotomie cervicale faite par M. le professeur TARNIER* (Extraite de la thèse de M. le Dr POTOCKI).

Bau. . . , femme Bl. . . , âgée de 20 ans, est apportée en brancard à la Maternité le 13 novembre 1877 à 9 heures et demie du matin.

Cette femme a toujours joui d'une bonne santé, elle est au terme de sa première grossesse qui est normale.

Elle a perdu les eaux, prématurément, le 8 novembre, mais les premières douleurs n'ont apparu que le 12 novembre. Elles avaient été suivies presque aussitôt de la sortie du bras et du cordon. Une sage-femme et un médecin qui assistaient la parturiente ont fait plusieurs tentatives de version.

A l'entrée de la malade, on lui trouve l'état suivant : femme fatiguée, mais à bon visage. Pouls fréquent. Température, 38°. L'utérus se contracte régulièrement et provoque à chaque contraction des douleurs très vives. Il est assez régulier, mais présente dans son tiers inférieur une dépression peu profonde. A la vulve apparaissent la main, l'avant-bras et le coude gauche, ainsi qu'une anse de cordon qui n'offre plus de battements. Au toucher, on arrive sur le creux axillaire ouvert du côté droit, le moignon de l'épaule qu'on peut contourner, regarde à gauche.

L'engagement de la partie fœtale est assez profond ; aussi peut-on explorer une partie de la cage thoracique. Le fœtus se présente donc par l'épaule gauche et le dos en arrière.

La dilatation est complète, il ne reste qu'un petit bourrelet utérin circulaire rendu irrégulier par la présence de trois sillons ; ces sillons résultent d'incisions faites en ville dans le but de faciliter la version. De la vulve s'écoule un liquide fétide. Le degré de l'engagement, l'état de contraction presque permanente de l'utérus, la mort du fœtus, contre-indiquent la version. On fait prévenir M. Tarnier, qui se décide à pratiquer l'embryotomie rachidienne. La malade est endormie au chloroforme.

Introduction de la main droite dans le vagin : M. Tarnier ne peut passer même un doigt entre la tête du fœtus et le tronc pour accrocher le cou. On ne peut davantage introduire le crochet de l'appareil.

M. Tarnier retire la main droite fatiguée et introduit entre le fœtus et le pubis la main gauche dont la paume regarde en arrière, il arrive ainsi à sentir le cou, fait glisser le crochet sur la paume de la main, accroche le cou et le saisit, retire la main gauche des parties génitales.

Le couteau est introduit dans la rainure du crochet, glisse jusqu'à la rencontre du cou, et la section est opérée aisément. Le crochet muni du couteau est retiré. M. Tarnier pratique le toucher et reconnaît qu'il ne reste plus qu'un lambeau de peau à sectionner ; il le saisit avec le crochet et le sectionne avec des ciseaux de trousse.

Une traction sur le bras gauche amène le dégagement du tronc. Celui de la tête est moins facile, se fait pourtant très vite dès que le maxillaire inférieur a été accroché.

Le placenta décollé est saisi et extrait ; les annexes sont entières, mais dégagent une odeur très fétide.

Injection intra-utérine. L'utérus se contracte très bien, mais il se produit une hémorrhagie assez abondante qui vient d'une déchirure du col, commençant à l'orifice externe et remontant à deux centimètres au-dessus. Une injection à 50° et la compression de l'aorte pendant quelques instants suffisent à l'arrêter.

L'opération a duré en tout quinze minutes. A part une légère élévation de la température vespérale qui persista pendant 5 jours et fut causée par la fétidité des lochies, les suites de couches furent bonnes et la malade put quitter la Maternité en très bon état le 25 novembre.

L'enfant pèse 3150 gr., la section très régulière a été faite à la base du cou, la cage thoracique est intacte, les deux membres supérieurs restent appendus au thorax.

OBSERVATION XXI. — *Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Fœtus mort. — Embryotomie. — Guérison. — Communiquée par M. Ribemont-Dessaignes à M. le Dr CHATELAIN pour sa thèse.*

Le 16 septembre 1881 entre à la Clinique d'accouchements une femme, Pauline M..., âgée de 38 ans, enceinte pour la quatrième fois.

Elle est réglée depuis l'âge de 15 ans régulièrement. Elle est au terme de sa grossesse. Le bassin est un peu vicié.

Elle a perdu les eaux le 9 septembre et les premières douleurs n'ont apparu que le 11 au soir.

Le 14, l'enfant a cessé de remuer et depuis lors, le liquide qu'elle perd est purulent.

Une sage-femme appelée constate une présentation de l'épaule et ne fait rien. Un médecin a tenté sans succès la version.

Le 16 septembre on s'est décidé à faire porter la malade à la clinique. Pauline M..., a la peau chaude, elle est pâle et fort fatiguée. L'utérus est rétracté sur le fœtus dont un bras pend hors de la vulve. Ventre en besace, tête à gauche au-dessus de la symphise pubienne.

Injections phéniquées au $\frac{4}{1000}$.

On endort la femme avec du chloroforme et tente de nouveau la version par manœuvres internes qui est impossible. On se décide alors à pratiquer l'embryotomie et on tire sur le cou avec un crochet. Lavages avec la solution phéniquée.

Délivrance spontanée, lavages intra-utérins avec la solution phéniquée au $\frac{1}{1000}$;

La malade guérie quitte l'hôpital le 28 septembre.

OBSERVATION XXII. — *Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Présentation de l'épaule avec procidence du cordon et du bras. — Enfant mort au cours du travail. — Embryotomie. — Guérison.* (Extraite des registres de la maternité de Beaujon).

Elise J... , femme Cour., âgée de 24 ans, domestique, secondipare entre à l'hôpital le 20 mai 1889 à 11 heures du soir. — Cette femme a déjà eu à terme un enfant vivant venu spontanément le 17 mai 1888. Elle est habituellement bien réglée depuis l'âge de 14 ans et ses dernières règles remontent au 2 août.

La grossesse a été bonne, le 20 mai à 10 heures 1/2 du matin la rupture des membranes a lieu prématurément. A 11 heures du soir la malade, qui n'a pas souffert encore, arrive à l'hôpital.

On constate en l'examinant que le ventre est peu développé. Au palper rien dans l'excavation. Le fœtus occupe la position transversale, le dos est en arrière, la tête à droite. C'est une variété acromiale de l'épaule droite.

Les bruits du cœur sont perçus sur une ligne fictive allant de droite à gauche.

Au toucher on n'atteint aucune partie fœtale. Le col est long, l'orifice interne ouvert. Les urines sont normales.

Peu de temps après son arrivée la malade commence à ressentir quelques douleurs. Néanmoins le travail de dilatation s'accomplit lentement. Rien ne le favorise, la poche des eaux est rompue depuis longtemps et la partie fœtale qui se présente ne peut s'engager.

Le 21 mai à 7 heures 1/2 du matin la dilatation est complète. Les bruits du cœur sont toujours bons, mais le cordon vient faire procidence et le bras droit est prêt à tomber dans le vagin. M. Parella, interne du service, tente la version par manœuvres internes et n'obtient aucun résultat.

Le liquide est écoulé depuis 24 heures bientôt, l'utérus est retractoré sur le fœtus et l'évolution impossible. Avant cela on n'avait déjà pas pu réussir la version par manœuvres externes, ni celle de Braxton Hicks.

L'enfant meurt au cours de ces manœuvres. A 10 heures du matin, M. Ribemont-Dessaignes fait la décollation avec son embryotome. L'enfant du sexe féminin pèse 2600 grammes.

Le périnée est intact.

Délivrance naturelle à 11 heures 1/2. Le placenta de forme ronde était inséré en marge du col. Le cordon de moyen calibre n'est pas au centre du placenta.

Les membranes ont été rompues tout près du bord.

Injectons intra-utérines avec la solution de sublimé au $\frac{1}{20000}$.

Suites de couches normales. La femme sort guérie de l'hôpital.

OBSERVATION XXIII. — *Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Présentation de l'épaule. — Intervention tardive. — Enfant mort et putréfié. — Embryotomie. — Guérison.* (Extraite des registres de la Maternité de Beaujon.)

La nommée J..., femme Ét..., âgée de 27 ans, marchande de vins, secondipare, entre le 4 février 1889 dans le service de M. Ribemont-Dessaignes.

Cette femme est à terme. Elle a déjà un enfant qui est venu à terme et spontanément.

Sa grossesse actuelle a été marquée par trois grandes hémorrhagies, qu'on ne s'explique pas, le placenta étant inséré sur le segment moyen de l'utérus.

Au terme de la grossesse, le 3 février à 9 heures du soir, cette femme commence à ressentir des douleurs intermittentes assez vives qui vont se rapprochant. Elle fait appeler une sage-femme, qui constate que la poche des eaux est rompue depuis plusieurs jours, trois jours au dire de la malade et qui reste auprès de la malade jusqu'à la dilatation complète de l'orifice utérin.

Elle attend quelques heures, puis voyant que rien ne s'engage, s'inquiète et fait appeler une collègue, puis un médecin qui trouve une présentation de l'épaule.

Tentatives de version qu'on ne peut réussir parce que le liquide amniotique est écoulé depuis quatre jours et que le fœtus fait corps avec l'utérus.

Le médecin envoie la parturiente à l'hôpital Beaujon.

A l'entrée à l'hôpital, la dilatation du col utérin est complète, l'uté-

rus contracturé, l'enfant est mort, le bras droit pend hors de la vulve, le cordon est dans le vagin, on arrive par le toucher sur l'aisselle, la présentation est en A I G dos en avant.

M. Ribemont-Dessaignes, appelé, vient à 9 heures du soir. Il fait anesthésier la malade et pratique l'embryotomie avec son appareil.

L'enfant putréfié est extrait en trois morceaux, d'abord on tire un bras, puis le tronc. La tête sort facilement quand on a introduit deux doigts dans la bouche.

Délivrance facile un quart d'heure après.

Nombreuses injections avec la solution de bi-iodure de mercure au $\frac{1}{2000}$ pour laver l'utérus, dont l'écoulement a une odeur fétide insupportable.

5 et 6 février. — La fétilité s'amoindrit. On continue les injections intra-utérines et vaginales.

7 février. — La température tombe à 37°.

14 février. — La malade sort de l'hôpital bien rétablie.

Comme on peut le constater par toutes nos observations, toutes les opérations pratiquées dans des conditions semblables, ont toujours été suivies d'injections intra-utérines et vaginales avec un liquide antiseptique, qui est tantôt la solution phéniquée, tantôt la solution de sublimé au $\frac{1}{2000}$, tantôt la solution de bi-iodure de mercure au $\frac{1}{2000}$.

Il arrive parfois que les injections, quelque nombreuses qu'elles soient, ne suffisent pas à désinfecter l'utérus. On peut dans ce cas installer l'irrigation continue avec l'une des solutions indiquées ci-dessus ou plutôt encore avec de l'eau naphtolée et y soumettre la femme pendant deux ou trois jours, et jusqu'à ce que la température retombe à la normale. On obtient ainsi d'excellents résultats.

OBSERVATION XXIV. — *Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Présentation de l'épaule. — Fœtus mort — Embryotomie. — Irrigation continue. — Guérison.* (Extraite des registres de la maternité de Beaujon.)

C. Alphonsine, âgée de 34 ans est amenée le 29 décembre 1886 à l'hôpital Beaujon à 2 heures de l'après-midi, dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 18 ans. Elle a eu 4 grossesses à terme.

Lorsqu'on amène cette femme, elle raconte qu'elle a perdu les eaux depuis 5 jours, que le 28 au matin le cordon a fait procidence hors de la vulve, qu'elle a néanmoins vaqué à ses occupations, que le cordon s'est rompu sous l'effet des tiraillements et des tractions qu'il a subies. Elle a fait appeler un médecin et une sage-femme le 29 parce qu'un bras à son tour a fait procidence. Ceux-ci ont vainement tenté la version par manœuvres internes et ont décidé la femme à entrer à l'hôpital.

On constate lors de son arrivée que le bassin est normal, le col s'est en partie refermé. Le fœtus âgé de 7 mois est mort. Il se présente par l'épaule en A I G.

M. Ribemont pratique l'embryotomie avec son embryotome. Il est obligé de faire ensuite une application de forceps sur la tête, l'opération dure une heure et est fort difficile parce que le col se referme et que le cou est très élevé.

Après l'opération la femme est prise d'un grand frisson, la température monte à 40°4.

On installe l'irrigation continue avec la solution au bi-iodure au $\frac{1}{4000}$ et on la soumet à ce traitement. A cet effet on introduit dans l'utérus la canule en étain de M. le professeur Pinard.

La température tombe à 36°5.

30 décembre. — On continue l'irrigation, la température ne dépasse pas 37°.

31 décembre. — A 10 heures du matin on cesse l'irrigation continue. La femme va très bien les jours suivants, la température est normale.

12 janvier. — Elle sort entièrement rétablie de l'hôpital Beaujon.

CONCLUSIONS

1° La rupture prématurée et spontanée des membranes peut se produire pendant la grossesse ou pendant le travail.

2° Pendant la grossesse, l'effet ordinaire de la rupture prématurée et spontanée des membranes est de provoquer l'accouchement.

3° Pendant le travail, si la présentation est bonne, la rupture prématurée et spontanée des membranes n'a pas d'importance ; si la présentation est mauvaise, s'il survient quelque procidence, elle aggrave le pronostic pour la mère et l'enfant.

4° Quand l'enfant est mort, la rupture prématurée et spontanée des membranes, aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail, détermine la putréfaction de l'œuf et l'infection de l'organisme maternel.

5° La conduite du médecin dépend donc entièrement du diagnostic.

A. — En effet quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant la grossesse.

6° Si la grossesse date de 6 ou 7 mois seulement, si la mère est bien portante et bien faite et si l'enfant est vivant, le médecin doit essayer de prolonger la grossesse. Il peut arriver à ce résultat en imposant à la mère le repos au lit et en calmant les contractions utérines soit avec des lavements laudanisés, soit avec des injections de morphine.

7° Si la grossesse date de plus de sept mois, si la mère est mal portante ou si elle est mal faite, si l'insertion du placenta est vicieuse, le médecin doit se garder d'intervenir.

8° Si l'enfant est mort, il faut au contraire agir et provoquer le travail par les moyens les plus rapides. On y réussit en introduisant dans le col un ballon de Champetier de Ribes, qu'on gonfle avec une solution antiseptique. L'extraction sera suivie des soins de propreté et d'antisepsie les plus minutieux.

B. — Quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant le travail.

9° Si l'enfant est vivant, il faut s'assurer de la présentation, et si elle est mauvaise, tenter les opérations nécessaires pour la modifier.

10° S'il existe une procidence, il est indispensable de procéder à la rétropulsion : on pourra appliquer immédiatement après un ballon de Champetier, de façon à maintenir la tête le plus haut possible et empêcher ainsi une nouvelle procidence ou une compression.

11° Si l'enfant est mort, on s'efforcera d'obtenir promptement la dilatation de l'orifice utérin. On emploiera à cet effet les sacs violons de Barnes ou le ballon de Champetier. Le résultat obtenu, si l'accouchement ne se termine pas naturellement, on pratiquera les opérations indiquées pour l'extraction de l'enfant, qui ne doit pas être ménagé. On prendra les plus grandes précautions antiseptiques et on n'hésitera pas, si on conservait le moindre doute sur l'asepsie de l'utérus, à soumettre d'emblée la malade à l'irrigation continue.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaires. — Article Accouchement.

Cazeaux. — *Traité d'accouchement*, annoté par M. Tarnier.

Tarnier et **Chantreuil.** — *Traité d'accouchement*.

Gueniot. — *Leçons cliniques*.

Depaul. — *Leçons cliniques*.

Garimont. — *Traité de l'avortement*, 1873.

Thèses. — **Omiécensky.** — *De la rupture prématurée des membranes dans l'accouchement*, Paris, 1872.

Wachter. — *Sur la putréfaction avec dégagement de gaz du fœtus et la phytosométrie*, Munich, 1875.

Roulin. — *De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf*, Paris, 1878.

Roisin. — *De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf considérée sous le rapport des récidives*, Paris, 1880.

Petitjean. — *De l'hydramnios*, Thèse de Paris, 1880.

Stapfer. — *De l'hydrorrhée*. Thèse agrégation, 1880.

Agostini. — *De l'hydrorrhée pendant la grossesse*. Montpellier, 1881.

Vayssettes. — *Etude clinique de l'accouchement prématuré accidentel*. Lyon 1881.

Simoni. — *De la poche des eaux*. Lyon 1881.

Pinard. — *De l'emploi du chloral, du chloroforme et du laudanum*. Agrégation, Paris 1878.

Alezais. — *De la rupture prématurée spontanée des membranes de l'œuf*. Montpellier, 1882.

Lacaille. — *De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus*. Paris, 1883.

Bonnet. — *Du sublimé en obstétrique*. Paris, 1884.

Dubourg. — *De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement*. Paris, 1884.

Charrier. — *De l'emploi du laudanum pour arrêter l'avortement*. Paris, 1886.

Pacaud. — *De la conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine*. Paris, 1886.

MÉMOIRES

Duncan-Mattheus. — Note sur un long retard du travail après écoulement du liquide amniotique. — *Medical Times and Gazette* 1872.

D^r Raëis. — Observation de grossesse de 6 mois. Antéversion considérable, rupture prématurée et spontanée des membranes. Putréfaction et dissociation de l'enfant. Guérison de la mère. Avec quelques réflexions.

Gazette médicale de Strasbourg, 1873.

Avortement. — Ses causes. — Son traitement. — *Saint-Louis, Medical Journal*. Mai, 1875.

- Fritz-Benicke.** — Les enveloppes de l'œuf au moment de l'accouchement. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten*, 1875.
- Lizé.** — Quand le fœtus est mort dans la cavité utérine, doit-on provoquer son expulsion ou bien attendre qu'elle se fasse naturellement. *Gazette Obstétricale* (août, septembre, octobre, novembre 1876).
- Bailly.** — Accouchement survenu après la rupture des membranes. *Archives de Tocologie*, 1877.
- Ribemont-Dessaignes.** — Recherches sur la résistance et le mode de déchirure des membranes de l'œuf humain. (*Archives de Tocologie*, 1879).
- Angus Macdonald.** — Traitement de l'avortement. *Edimbourg Medical Journal*, 1880.
- Pouillet** (de Lyon). — L'implantation vélamenteuse du cordon est une cause de la rupture prématurée des membranes. *Annales de Gynécologie*, 1878.
- Otto Küstner.** — Déchirure des membranes maternelles avant et pendant l'accouchement. *Archiv. für Gynäkologie*, Bd XIII. — 3 Hefte.
- Sternefeld** de Munich. — De l'emploi de la curette tranchante. *Archiv. für Gynäkologie*, Bd XX Hefte, 2.
- Schwartz.** — Traitement des avortements. *Sammlung Klinischer Vorträge*, 1884.
- Haussmann.** — Sur un procédé par manœuvres externes pour favoriser l'expulsion des membranes retenues dans la cavité utérine. *Centralblatt, für Gynäkologie*, 1885).
- Kemper.** — De la rupture spontanée des membranes au terme de la gestation, précédant le commencement du travail (*American Journal of Medical Sciences*, avril 1885).
- Smith.** — Les écoulements aqueux chez les femmes grosses ou en état puerpéral. *American Journal of Obstetric*, 1885.
- Pinard.** — De la rupture prématurée, dite spontanée des membranes de l'œuf. *Annales de gynécologie*. Mars 1886.
- Earle.** — L'hydorrhée des femmes enceintes. *Gynécolog. Society of Chicago* Janvier 1886.
- Lwolf.** — Le viburnum prunifolium contre l'avortement. *Med. Obosren*, 1886.
- Leemans.** — Traitement préventif et curatif de la fausse couche. *Annales de la Société médicale d'Anvers*. Janvier 1888.
- Lambert.** — Traitement préventif et curatif de la fausse couche. *Annales de la Société médicale d'Anvers*. Mars 1888.
- Misrachi.** — Traitement de l'avortement incomplet. *Archives de Tocologie*. Août 1888.
- Porack.** — Rupture prématurée des membranes. Société obstétricale de Paris. *Bulletin médical*, 1889.
- Eisenhart.** — Causes et conséquences de la rupture des membranes (*Archives für Gynäkologie*. Bd. XXXV-Hefte 3 Année 1890).
- Egan.** — Rupture des membranes 25 jours avant la naissance d'un enfant vivant. *New Yorck medical Record*, 25 octobre 1890.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
PREMIÈRE PARTIE. — Rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf.....	
CHAPITRE I. — Anatomie pathologique.....	7
— II. — Causes de la rupture prématurée et spontanée.....	9
— III. — Signes et diagnostic.....	15
— IV. — Influence de la rupture prématurée.....	19
— V. — Pronostic.....	23
DEUXIÈME PARTIE. — Conduite à tenir quand la rupture prématurée et spontanée a lieu pendant la grossesse.....	
	25
CHAPITRE VI. — L'enfant est vivant, la mère est bien portante et bien faite.....	28
— VII. — L'enfant est vivant, la mère est mal portante ou mal faite.....	41
— VIII. — L'enfant est mort.....	47
TROISIÈME PARTIE. — Conduite à tenir quand la rupture prématurée et spontanée des membranes a lieu pendant le travail.....	
	58
CHAPITRE IX. — L'enfant est vivant.....	58
— X. — L'enfant est mort.....	66
CONCLUSIONS.....	79

Pour le Doyen, l'assesseur ;
JACCOUD.

Vu le Président,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
PETER.

